

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE **642** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Gilbert TROMPETER

Né le 9 Novembre 1909 à Saint-Martin-aux-Champs (Marne)

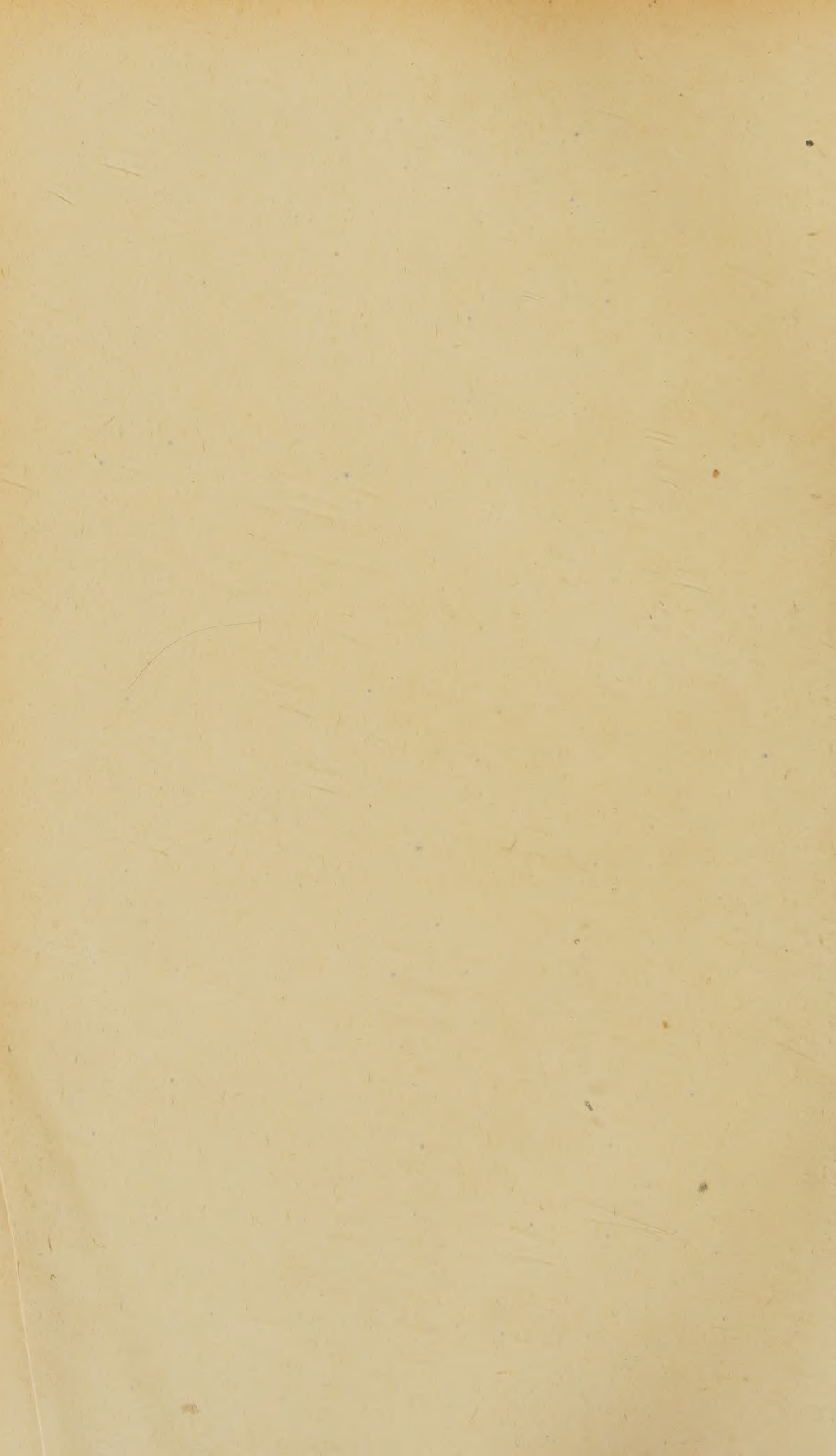
Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise (Montfermeil)

Etude
de quelques Cas chirurgicaux
Traités par la Chimiothérapie

Président : M. CUNEO, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
41 et 43, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1939



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Gilbert TROMPETER

Né le 9 Novembre 1909 à Saint-Martin-aux-Champs (Marne)

Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise (Montfermeil)

Etude

de quelques Cas chirurgicaux

Traités par la Chimiothérapie

Président : M. CUNEO, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-sociale

Professeurs sans chaire

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARNIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAGINEL-LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 CLERC.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Hen ri)	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	D'ALLAINES. Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (G.)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.

LE LORIER	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV

AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE
AUBERTIN ...
BRULE
CHABROL
JONZELOT ...
DUVOIR
LIAN
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT
SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCO
CADENAT
GATELLIER ...
MOURE
QUENU
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ..
LEDOUX-LEBARD
RUPPE
WEIL-HALLE

Education physique.
Radiologie clinique.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et quelle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR CUNÉO

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait l'honneur de vouloir
bien présider cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Maison départementale de Nanterre

1935-1936

M. LE DOCTEUR LASNIER

Hôpital de Montfermeil

1937-1938

M. LE DOCTEUR GOURNAY

M. LE DOCTEUR ODINET

M. LE DOCTEUR DUREL

1938-1939

M. LE DOCTEUR BENAERTS

M. LE DOCTEUR BUSSER

M. LE DOCTEUR MILLET

A MM. LES DOCTEURS PAREUX, PEROZ,
FIDON, SEYDEL, VIDAL-NAQUET.

INTRODUCTION

Pendant une année passée dans le service du docteur BENAERTS, à l'Hôpital de Montfermeil, nous avons pu à maintes reprises, observer l'effet de la médication sulfamidée sur les affections chirurgicales. Dans le même hôpital, les docteurs GOURNAY, BUSSE, ODINET et MILLET nous ont permis de suivre nombre de malades. Le docteur DUREL nous a donné de précieux conseils. Le docteur MONOT, chirurgien de l'Hôpital Legouest à Metz, nous a communiqué des observations prises dans son service. Nous les remercions, ici, bien vivement ainsi que MM. BUGAUT, LINGLIN et DESMAZES, internes à l'Hôpital de Montfermeil, qui nous ont signalé maints cas intéressants.

Nous nous proposons dans cette courte étude, de tirer de la comparaison des résultats obtenus dans tous les cas que nous avons pu réunir, quelques indications pratiques sur l'usage que l'on peut faire des sulfamides dans quelques domaines de la chirurgie.

Après quelques rapides généralités indispensables sur les sulfamides et les corps à action voisine, nous aborderons le sujet, proprement dit, de

cette étude. Nous procéderons dans l'ordre suivant :

I. Plèvre. — Poumons.

II. Appendicites aiguës. — Abscesses appendiculaires. — Péritonites aiguës.

III. Cholécystites.

IV. Suppurations osseuses. — Fractures ouvertes.

V. Furoncles et anthrax.

VI. Plaies traumatiques.

VII. Affections des mains.

VIII. Phlegmons et infections du tissu cellulaire sous-cutané : adénites, lymphangites, abscesses du sein, infections à étapes successives.

IX. Infections post-abortum.

X. Complications post-opératoires.

NOTIONS GENERALES

Le type des médicaments sulfamidés répond à l'appellation chronique de paraaminophényl sulfamide.

Le noyau chimique qui le caractérise se trouve dans un grand nombre de dérivés qui sont les « *sulfamides* ». Certains dérivés organiques ont des formules assez différentes, mais des effets voisins de ceux des sulfamides, sont les « *sulfones* ».

Les corps cités dans cet exposé sont :

A. — Sulfamides :

1. le p. aminophényl-sulfamide ou septoplax, ou 1162F.

2. le benzyl-4 amino-phénylsulfamide ou septazine ou 46RP.

3. le 4 sulfamido, 2, 4 diaminoazobenzène ou prontosil;

4. le 6' carboxy-sulfamido 2', 4' diamino-azobenzène, ou rubiazol;

5. le sel de soude du précédent qui est le rubiazol soluble;

6. le sel disodique de l'acide 4 sulfamido-phenyl azonaphtol 1 acétylamino 7 disulfonique ou prontosil soluble;

7. le p. (γ phényl-propyl-amino) phenyl-sulfamide α , γ disulfonate de sodium ou soluseptazine, ou 40RP.

8. le 109 M ou p. aminophenylsulfamide formaldéhyde sulfite de soude ou pulmorex;

9. le 1' (paraaminobenzène sulfamide) pyridine ou 693 ou dagénan;

10. le sel de soude du précédent ou soludagénan.

B. Sulfones :

1. di (p acétyl aminophényl) sulfone ou rodilone, ou 1399 RP.

2. le 4 (amino-phenyl-sulfamide) phényl-diméthyl-sulfamide ou uliron.

Ces corps, quelle que soit la voie d'administration employée, diffusent très vite dans l'organisme et s'éliminent en plus grande partie par les urines. On a proposé différentes hypothèses pour expliquer leur action; la plus séduisante leur donne une faculté bactériostatique et non bactéricide qui permettrait à l'organisme de se défendre plus utilement contre les agents d'infection. Partant de ce fait, certains auteurs ont émis l'opinion qu'avant de donner des dérivés de ce genre il faut attendre un certain temps, à compter du début de la maladie, pour laisser à l'orga-

nisme le temps d'ébaucher sa « réponse d'immunité » (25).

Ces corps donnent un pourcentage assez peu important d'accidents qui ne se produisent d'ailleurs qu'avec de grosses doses et dont l'intensité et le nombre varient avec la variété chimique du corps employé.

Certains accidents sont peu graves: asthénie, céphalée, pâleur, troubles gastro-intestinaux, érythèmes. D'autres plus sérieux: cyanose, phénomènes nerveux (paralysies et même névrite optique dans un cas — thèse de BLOCH); des altérations sanguines exceptionnelles, la seule que nous ayons constaté plusieurs fois est une légère éosinophilie. Enfin, on a beaucoup parlé de troubles de la spermatogénèse, ils semblent bien peu à craindre si l'on ne donne pas de doses excessives.

L'action de tous ces corps s'exerce sur des germes nombreux; streptocoques, gonocoques, méningocoques, staphylocoques, pneumocoques, colibacilles en particulier.

Mais, suivant le produit considéré, il existe une ou plusieurs actions prévalentes. La prontosil, le rubiazol, le septoplax, agissent en particulier sur le streptocoque et le colibacille. Le septoplax est très actif sur le méningocoque. Le rodilone est intéressant par son action sur le gonocoque et le pneumocoque, bien qu'il agisse sur les autres germes. L'uliron a une action moyenne sur streptocoque, colibacille, gonocoque, méningocoque, son action paraît certaine sur le staphylocoque. Le

dagéna est polyvalent ; il agit de façon efficace sur le staphylocoque. La septazine est surtout antistreptococcique et anticolibacillaire.

Dans nos observations personnelles, et celles qui nous furent communiquées, tous les corps énumérés plus haut ont été utilisés, sauf le prontosil et l'uliron. Nous trouverons ces derniers dans les observations étrangères.

Doses.

Au moins pour certains produits, on peut dans la majorité des cas, chez l'adulte, suivre le schéma suivant pour la voie orale: (Posologie Durel II).

3 grammes pendant 3 jours,

2 grammes pendant 3 jours,

1 gramme pendant 3 jours.

Quant à la voie parentérale, elle triplerait l'action des sulfamidés et sulfones. Nous avons donné par exemple, couramment, sans accidents : deux grammes intra-musculaires de 693 par jour, pendant une dizaine de jours, vingt, et quarante centimètres cubes de solu-septazine à 6 % par jour. Le 693 à condition de le donner dans du sérum isotonique glucosé ou salé et en goutte à goutte, peut être toléré par voie intra-veineuse, 500 centimètres cubes de sérum contenant deux grammes de 693 par exemple en deux heures.

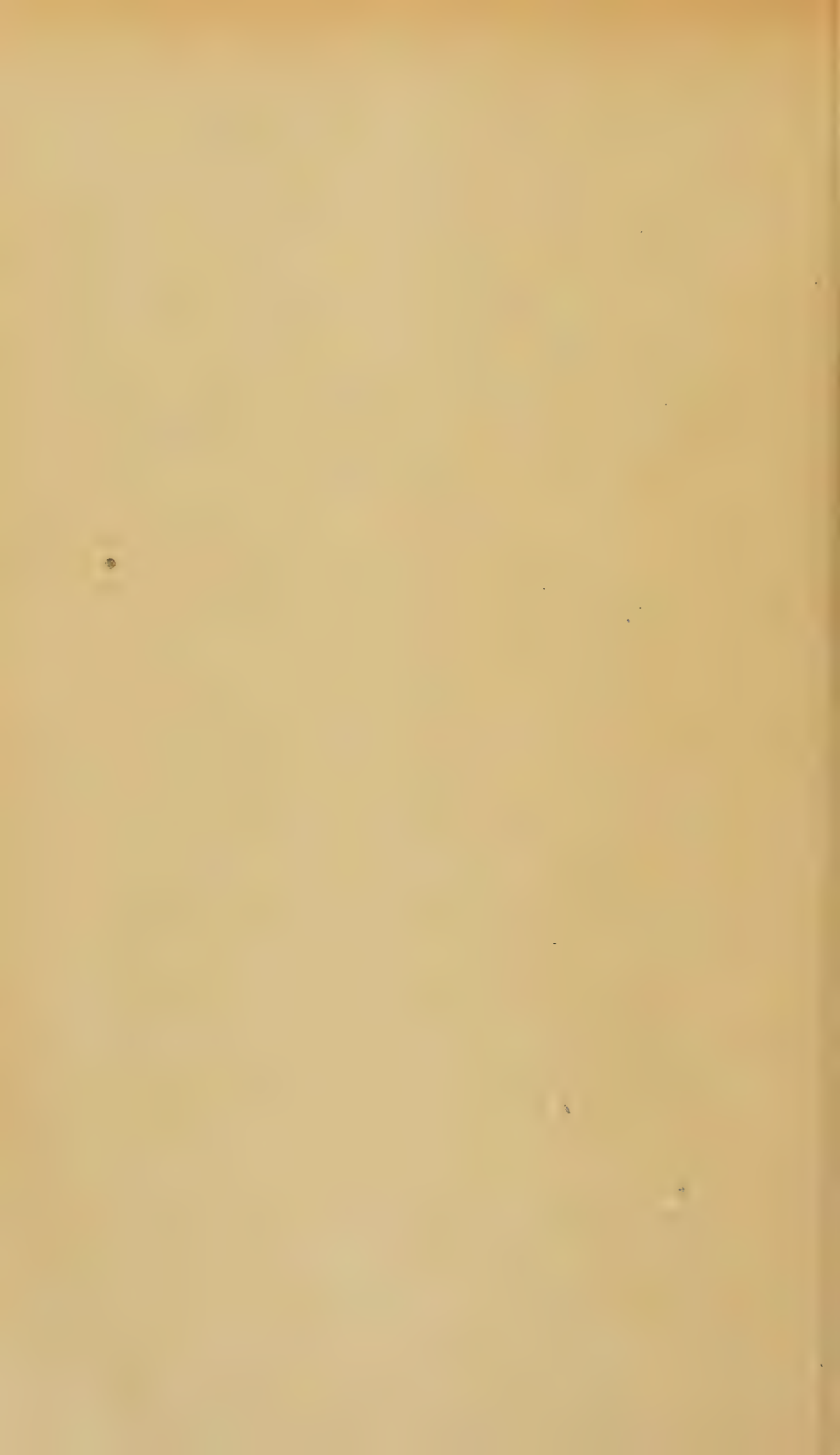
A titre d'exemple : par voie intra-pleurale, nous avons donné sans accidents, deux grammes de 693 par jour, ceci répété durant plus d'une semaine.

Chez l'enfant, il faut donner des doses moitié moindres.

Chez le nourrisson, diviser les doses adultes par huit environ.

Mais il faut surtout se guider sur le poids.

Signalons que la voie rachidienne est possible avec la solution rendue isotonique de septoplix et la solu-septazine (et le soludagénan).



I. — AFFECTIONS DES PLEVRES ET DU POUMON

A. PLEURÉSIES PURULENTES

Nous avons trouvé un assez grand nombre d'observations concernant le traitement des pleurésies purulentes par les sulfamidés. Il est classique de dire que les pleurésies purulentes à streptocoques sont les plus graves, or le plus grand nombre des cas réunis concerne des épanchements de cette nature. Quant aux épanchements pleuraux d'origine pneumococcique, nous ne possédons que trois observations personnelles : deux sont relatives à des échecs de la thérapeutique sulfamidée. Nous citerons, en outre, un cas de pleurésie à staphylocoque qui fut un succès et un cas de pleurésie à germes polymorphes dans lequel l'évolution fut favorable.

a) *Pleurésies à streptocoque.*

Voici ce que nous avons trouvé dans la littérature médicale sur ce sujet, depuis 1935 :

— Trois cas rapportés par L. TIXIER et Marcel ECK (1). Il s'agissait de malades chez lesquels la guérison clinique, anatomique totale et sans séquelles, avait été obtenue à l'aide des sulfami-

dés. Ces cas étaient d'autant plus intéressants qu'il s'agissait de malades offrant un mauvais terrain à l'infection. L'un d'eux avait manifesté de l'insuffisance rénale, un autre était un bacillaire, le troisième avait contracté son affection à la suite d'une bronchopneumonie de la rougeole.

— Une observation donnée par le docteur BARBIER à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon concerne un cas de pleurésie purulente à streptocoque hémolytique d'abord amélioré par la pleurotomie et le drainage. Dès la chute du drain, un nouvel épanchement s'était produit. On avait alors donné du rubiazol par voie buccale et pratiqué une ponction évacuatrice. Une amélioration avait suivi. Mais une diminution des doses ayant entraîné une reprise des signes cliniques, la posologie initiale fut reprise, et en quelques jours, le nouvel épanchement disparut (2).

— MELNOTTE et BRIQUEL publièrent sept observations de pleurésies purulentes à streptocoques. Quatre fois, l'intervention fut évitée. Une fois la pleurotomie fut pratiquée les sulfamidés s'avèrent un complément utile. Ces cinq premiers malades furent traités précocement. Dans deux autres cas, la chimiothérapie fut plus tardive : une pleurésie enkystée ne fut traitée qu'au quarante-deuxième jour ; un pleurétique dans un état général lamentable ne reçut de sulfamidé qu'au 23^e jour après l'intervention. Le résultat fut cependant très favorable dans les deux cas (3).

— Une observation de BADOLLE et DUBOIS est à

retenir (4). Une enfant de 11 ans souffrant de pleurésie enkystée scissurale gauche dans un très mauvais état général reçut pendant deux mois du rubiazol sans interruption. Le résultat obtenu fut favorable.

LE MER et LISCOET appliquèrent la sulfamidothérapie à deux pleurésies purulentes à streptocoque hémolytique (5). L'évolution se fit vers la guérison sans intervention du chirurgien.

— DE SÈZE (6) a relaté les résultats obtenus sur une pleurésie à streptocoque chez un hérédosyphilitique de neuf mois au moyen de 1162 F. Là encore, guérison (par ingestion de sulfamide).

— Il obtint un succès impressionnant sur un nourrisson de 33 jours à l'aide de ponctions pleurales suivies de l'injection intrapleurale de 1162 F.

— MARQUEZY, LAUNAY, PERROT, Mlle MAGE, citent deux cas : l'un de pleurésie purulente chez un enfant de deux ans, au cours d'une bronchopneumonie de la rougeole. Une seule injection *intra-pleurale* de 1162 F. suffit à obtenir la guérison. Chez un nourrisson de un mois et demi, la même voie dut être complétée par voie orale pendant plusieurs semaines (7).

— LÉVY-VALENSI, DE SÈZE et IMBONNA (8) guérirent une femme de 59 ans d'une pleurésie streptococcique en lui donnant 4 gr. 25 de chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine par jour, six semaines durant, par voie orale (8).

— Un enfant de trois mois, porteur d'une pleurésie à streptocoque hémolytique de la base gauche reçut du 1162 F : un gramme per os et un gramme en suppositoire par jour. Au cinquième jour, l'action ne se manifestait que par une baisse thermique. Le liquide pleural devenait de plus en plus abondant. Après ponction et *injection intrapleurale* de 40 RP, le liquide en un jour devint amicrobien et son volume décrut rapidement (M. B. WEILL-HALLÉ, DE SÈZE, Mlle LAUTMANN) (9).

— A. GERMAIN, LE GALLOU et A. MORVAN ont exposé à la Société médicale des hôpitaux (10) un cas de pleurésie médiastinale droite et de la grande cavité qui guérit après avoir reçu dès sulfamidés per os, par voie intramusculaire, et dans la cavité pleurale, après ponctions évacuatrices.

— LAFFERRE et LONGUET ont publié dans le « Lyon médical » un article sur « Le traitement exclusivement médical des pleurésies purulentes à streptocoque par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine ». Ils rapportent (11) quatre cas de pleurésies purulentes d'origine post-grippale, post-otitique, post-angineuse deux fois. Chaque cas ne fut traité qu'en faisant des ponctions pleurales exploratrices exclusivement et qui ne dépassaient jamais dix centimètres cubes. Au bout de huit jours, de thérapeutique, sulfamidée, les streptocoques disparaissaient du liquide pleural. Les malades avaient reçu deux grammes de composé

azoïque par jour pendant dix à douze jours, puis les doses furent diminuées à cinquante centigrammes. Durée totale du traitement 25 à 28 jours.

— GAILLARD (12) au cours d'une épidémie de grippe, donna des sulfamidés à sept malades atteints de pleurésie purulente. « Il ne nous a pas été donné, dit-il, d'observer la résorption de l'épanchement. Mais, dans plusieurs cas, on a obtenu une rapide amélioration de l'état général, avec raccourcissement de la phase aiguë d'hyperthermie.

— TILING (13) constate que le prontosil a donné de bons résultats en instillations de 5 cm³ de la solution à 2,5 % intra-pleurales, tous les deux ou trois jours.

— J.-L. BROWN (14) donna du prontosil dans deux cas avec un succès qu'il estime provenir directement et entièrement de la chimiothérapie.

Le premier cas concerne une femme enceinte de deux mois qui fit un pleurésie purulente à la suite d'une grippe. Le pus pleural contenait du streptocoque pur. L'intervention décidée, cinq centimètres cubes de prontosil furent injectés dans la plèvre à titre de préparation. La pleurotomie fut inutile, cette méthode s'avérant un traitement suffisant qui amena la guérison très vite.

Un deuxième malade guérit dans les mêmes conditions.

— Citons enfin deux observations argentines : deux pleurésies purulentes chez des nourrissons évoluèrent favorablement l'une après avoir reçu dix cm³ de soluseptazine intra-pleu-

rale, l'autre après avoir reçu des injections parentérales.

AINSI, SUR TRENTE-CINQ PLEURÉSIES PURULENTES :

- vingt-cinq fois, pas de pleurotomie ;
- huit fois, amélioration des conditions opératoires, action préparante des sulfamidés ;
- deux fois, les sulfamidés complètent heureusement l'intervention.

b) *Pleurésies à pneumocoque.*

Nous n'en avons pas trouvé qui, traitées par les sulfamidés, aient donné lieu à une publication. On trouvera ici trois observations personnelles prises dans le service du Dr. GOURNAY.

Observation N° 1.

Pleurésie post-pneumonique.

Bo... 11 ans, est admise à l'hôpital le 4 mars 36.

Evènements pathologiques avant le premier examen : le 27/2, frisson et point de côté, base gauche.

Premier examen : cyanose de la face, herpès, polypnée, T° 40°.

Matité franche de la base gauche avec souffle tubaire et sous-crépitaux. Légère réaction méningée. On commence d'emblée le 693, presque toutes les prises seront en comprimés, sauf deux grammes intra-musculaires, le second jour. On continuera jusqu'au 17 mars.

Le troisième jour, amélioration, T° 38°.

Le 10 mars, opacité des 3/4 inférieurs du champ pulmonaire gauche à la radio, sinus bloqué.

Le 11 mars, ponction exploratrice de la base gauche sans résultat. Plusieurs autres ponctions ayant été faites avec des résultats variables, mais donnant chaque fois du pus à pneumocoques, le 20 mars, on pratique la pleurotomie. Dès ce jour, l'évolution est très favorable.

Le 10 avril, la guérison est envisagée comme certaine.

Le 14 avril, T° à 40°, angine érythémateuse, douleurs abdominales, éruption scarlatiniforme. Mort en hyperthermie le 16 avril. Dès le début de la réascension thermique, on avait donné à nouveau du 693, un gramme quotidien, intra-musculaire.

Observation N° 2.

M. Thérèse est admise à l'Hôpital le 22/10/38. Elle présente depuis deux jours un point de côté à la base pulmonaire droite avec frissons, T° 39°-40°, dyspnée intense, toux sèche, expectorations faites de quelques crachats muco-purulents.

L'examen physique révèle à la base pulmonaire droite une zone de matité remontant à la pointe de l'omoplate. Le foie est très gros, la tension artérielle est de 11-? (minima imprenable), les bruits du cœur assourdis, il y a un double souffle de la base. La température est à 39°, les urines foncées et très peu abondantes ; elles ni contiennent ni sucre, ni albumine.

Azotémie : 1 gr. 05 par litre. La malade reçoit de l'ouabaine intra-veineuse, une saignée de 300 cm³ 5 est pratiquée.

Le 25 octobre, la température est à 38°2. Le 26, elle remonte à 39°2. On donne alors 4 comprimés de 0 gr. 50 de 693 par jour. Le 28 octobre, la température est à 37° et l'état général très amélioré, la diurèse est à 1l. 200. Etant donné ce résultat, et devant le fait que l'azotémie est encore à un gramme par litre, le 693 est arrêté. La température remonte aussitôt et le 30 elle atteint 39°2. Le 693 est donné à nouveau suivant la même posologie ; sans succès d'ailleurs.

La mort survient le 31 octobre. A l'autopsie, la grande cavité pleurale contenait un litre et demi de liquide purulent où les examens de laboratoire montrèrent du pneumocoque.

Observation N° 3.

Il s'agissait d'un diabétique hospitalisé dans le coma le 7/12/37 avec une glycémie à 3 gr. 50 0/00 et une urémie à 2 gr. 50 0/00. De plus, le malade présentait une bronchopneumonie. Sous l'influence du traitement, le malade sortit de son coma, mais bientôt la température devint oscillante, tendant à atteindre 40°. Une tuméfaction rouge et fluctuante apparaî't à la base de l'hemi-thorax droit. Une ponction faite à ce niveau montra un pus à pneumocoque. Le malade reçut vingt-quatre grammes de dérivé sulfoné (rodilone) en

douze jours. La guérison était obtenue le 30 janvier.

En somme :

— dans le premier cas, les sulfamidés n'ont pas évité la formation d'un épanchement purulent. La pleurotomie fut pratiquée et un succès momentané la suivit. Mais, nous avons la ferme conviction que, sans le traitement chimiothérapique, une issue fatale serait survenue dès les premiers jours, alors qu'il n'existait pas encore d'épanchement. Cependant, le 693 fut impuissant à enrayer l'épisode terminal.

— Nous avons reproduit la deuxième observation, car à notre avis, elle montre combien il peut être dangereux dans certains cas de cesser brutalement la thérapeutique sulfamidée alors que la courbe thermique et l'amélioration des signes généraux pourraient justifier cet arrêt.

— La troisième observation est un succès des sulfamidés.

c) *Pleurésie à staphylocoque.*

SNYERS dans un article du Liège médical (17) rapporte une observation de pleurésie à staphylocoque, la seule que nous ayons trouvée. Dans ce cas, l'état du malade restait mauvais et la suppuration interminable malgré une pleurotomie. Deux grammes cinquante de produit sulfamidé amenèrent en six jours le tarissement de la fistule.

Action de complément par conséquent.

d) *Pleurésies à germes polymorphes.*

Nous ne possédons qu'une observation personnelle (Service du Dr. BUSSE). Il s'agissait d'un malade d'une quarantaine d'années, porteur d'un épanchement purulent, putride, d'environ deux litres qui fut vidé au trocart ; une pleurotomie fut faite le jour de l'admission. Pendant trois jours, le malade reçut deux grammes de 693 par voie intramusculaire, puis dès le 4^e jour, deux grammes intra-pleuraux. La température descendit rapidement de 39 à 38°, restant quelque temps à ce niveau, puis en une dizaine de jours, elle avait atteint la normale. Dès les premiers jours, l'état général fut très amélioré. Le quinzième jour, les deux grammes intra-pleuraux quotidiens de 693 n'avaient pas été cessés et l'état du malade était excellent.

Nous donnons ici deux des examens du pus pleural de ce malade (D. SEYDEL).

Examen le premier jour : Liquide purulent de couleur jaune verdâtre, se séparant en deux couches par le repos, odeur putride. Examen cytologique, quelques rares leucocytes altérés, encore identifiables. Flore extrêmement abondante, ne paraissant pas être anaérobie, prédominance d'une forme spirillaire.

Examen le 6^e jour : très nombreux polynucléaires peu altérés. Rares monocléaires. Absence de cellules endothéliales, rares hématies. Absence

de microbes à l'examen direct, tout au plus quelques restes microbiens en voie de lyse.

Dans cette observation, le 693 s'est révélé un complément très utile de l'intervention.

* * *

CONCLUSIONS A PROPOS DES PLEURÉSIES PURULENTES :

1° Quant aux pleurésies à streptocoques qui sont les plus graves, nous avons pu trouver trente-cinq cas de guérisons obtenues avec la sulfamidothérapie. Si l'on juge d'après ces observations :

— les sulfamidés peuvent éviter l'intervention dans les pleurésies à streptocoque ;

— dans certains cas, ils constituent une préparation des plus utiles à l'acte opératoire ;

— en tout cas, ils sont capables d'agir comme un complément utile, lors des suites opératoires.

2° Il est impossible de conclure de l'effet des sulfamidés d'après quelques pleurésies à pneumocoque. Nous avons cependant rapporté trois cas personnels. Dans deux cas, qui furent des échecs, l'action des sulfamidés avait d'abord été très nettement favorable. Mais ces corps furent impuissants à arrêter la réascension thermique et la mort. Ceci tendrait à démontrer qu'il faut poursuivre la sulfamidothérapie après la guérison ou l'amélioration apparente.

3° Nous n'avons pu citer qu'un cas d'épanche-

ment à staphylocoque où les sulfamidés furent un bon complément de la chirurgie.

4° Dans un cas de pleurésie à germes polymorphes, la sulfamido-pyridine fut un complément très utile, stérilisant le liquide pleural en six jours.

5° Dans quatre des cas de pleurésie purulente, cités par LAFFERRE et LONGUET (11) les auteurs signalent n'avoir fait que des ponctions exploratrices. A priori, ceci ne semble possible que dans les cas d'épanchements peu abondants. Celui de nos malades dont nous résumons l'observation au paragraphe pleurésies à germes polymorphes, avait un épanchement de plus d'un litre de pus à odeur putride. Il semble que dans un cas semblable, quelle que soit la valeur de la chimiothérapie, l'évacuation du pus doit précéder le traitement médical.

Dans plusieurs des observations que nous avons pu réunir, il est fait mention d'injection de sulfamidés dans la cavité pleurale et trois fois les résultats sont particulièrement favorables. Si l'on considère la rapidité de diffusion de ces corps, dans l'organisme, même quand ils sont ingérés, cette technique peut être discutée : N'a-t-on pas dit que la voie intra-veineuse était moins efficace que la voie orale qui évite des injections répétées et permet une diffusion plus constante ? Le problème se pose différemment si l'on réfléchit qu'une plèvre enflammée, tapissée de fausses membranes constitue peut-être une paroi bien peu favorable au passage des sulfamidés. Mais ce

n'est qu'une hypothèse. NICHODSON (18) a expérimenté sur des animaux et ses résultats ne sont pas en faveur de la voie intra-pléurale au moins en ce qui concerne le **prontosil**.

Quoi qu'il en soit, des résultats excellents ont été obtenus chez l'homme, avec cette voie. TILING a injecté tous les 2 ou 3 jours, 5 cm³ de solution de **prontosil** à 2,5 % et a obtenu la guérison en moyenne après 7 jours.

Dans une observation personnelle citée plus haut, le malade reçut dans la plèvre deux grammes de sulfamido-pyridine, chaque jour, pendant quinze jours. Au bout de 6 jours, le liquide pleural était stérile.

Cette voie mérite en tout cas d'être employée dans les cas graves.

B. ABCÈS DU POUMON

La thérapeutique par les sulfamidés des suppurations pulmonaires a donné lieu jusqu'à ce jour à peu de travaux à notre connaissance. MURPHY et FRERE (19) ont publié un cas d'abcès du poumon à streptocoque hémolytique traité de cette façon. Ils estiment que cette thérapeutique amena rapidement une amélioration clinique et écourta la durée de la maladie. Ils pensent que, quand une telle affection à streptocoque hémolytique, est prise à la phase aiguë, les sulfamidés valent d'être essayés, pourvu qu'il n'existe aucune contre-indication.

Nous avons pu suivre quelques cas d'abcès du poumon dans le service du docteur ODINET à l'Hôpital de Montfermeil.

Dans un cas, nous pûmes constater les faits suivants :

1. La comparaison des examens de crachats faits avant et après une série de sulfamide montrait que, au dernier examen, le streptocoque était sinon disparu, sinon très diminué dans l'expectoration.

2. L'action des sulfamidés était évidente sur la courbe thermique, le tracé le plus bas correspondait à l'intervalle entre deux séries de corps 693.

3. Un examen radiographique pratiqué après la deuxième série de sulfamide montrait la formation d'un niveau liquide en plein parenchyme au milieu d'une aire opaque, l'abcès s'était localisé. Une intervention fut décidée après injection de lipiodol dans la cavité, mais ne pût être réalisée étant donné l'état du malade.

Dans le même service, d'autres abcès du poumon traités par les sulfamides ne montrèrent aucune tendance à la guérison.

Un succès fut obtenu. Le malade était soigné depuis des semaines pour abcès du poumon (hyposulfite et ozothine i. v.). La température restait à 37-38°. Du 3 au 12 mars, on fit ingérer au malade 21 grammes de corps 693. La température se tint vers 36°5-37°5. L'expectoration, de 250 centimètres cubes environ chaque jour tomba à 80-100 centimètres cubes. Du 25 mars au 2 avril, nouvelle

série de 693 et rapidement, l'expectoration ne fut plus que de 50 centimètres cubes quotidiens, la courbe thermique redevenant normale.

Le malade sortit le 12 mai, guéri.

Nous ne pouvons que citer ces quelques cas, trop peu nombreux, pour qu'on puisse dégager de leur comparaison des données précises.

Dans le premier, après usage de la sulfamidopyridine, la localisation se précisant, on put espérer un instant la possibilité d'une intervention chirurgicale du fait de la chimiothérapie.

Quant à la conduite du traitement, dans de pareils cas, notons avec BALION et GOLDBLOOM (20) qu'il faut continuer l'emploi des sulfamidés aussi longtemps que dure les symptômes locaux et généraux, la courbe thermique ne pouvant être considérée comme un criterium.

II. — APPENDICITES AIGUES

ABCES APPENDICULAIRES

PERITONITES AIGUES

a) APPENDICITES AIGUES.

Nous citerons COKKINIS qui a traité longuement la question (25) :

« La découverte répétée de bacilles de forme coli et de streptocoque non hémolytique, dans les appendicites aiguës et dans l'exsudat péritonéal, m'a conduit à explorer, dit-il, les possibilités de la chimiothérapie dans cette affection. Il ne fait plus de doute dans mon esprit qu'un usage aveugle des composés sulfamidés dans l'appendicite aiguë et dans d'autres cas d'urgence abdominale peut être dangereux. Une expérience de plus de *quarante cas traités* dans les neuf derniers mois, beaucoup d'entre eux avec contrôle bactériologique, m'a conduit aux conclusions suivantes :

a) La thérapeutique sulfamidée ne doit pas être employée dans les premières quarante-huit heures d'une crise d'appendicite, soit dans le but de remplacer l'intervention, soit comme adjuvant à

celle-ci. Le seul traitement rationnel pour de tels cas est, et je pense, sera toujours, l'ablation de l'appendice.

La chimiothérapie à ce stade est imprudente, car elle peut masquer une complication et peut intervenir avec le premier stade de la réponse de l'immunité.

b) D'autre part, j'ai constaté que les sulfamides se trouvent être d'une valeur réelle à un stade plus avancé, quand l'appendice est perforé ou nécrosé, quand il y a du pus dans la cavité péritonéale et que la réponse de l'immunité est probablement affaiblie. Dans de tels cas, la chimiothérapie nettoie (*clears up*) souvent l'infection péritonéale et peut ainsi prévenir une maladie prolongée, une plaie infectée et des complications des plus dangereuses.

c) Les résultats les plus frappants cependant ont été obtenus dans des appendicites aiguës tardives, avec formation de masses inflammatoires localisées, sans abcès nettement développé. Pendant quelques années, l'habitude était de traiter ces cas par les méthodes d'expectative, dans le but d'attendre une résorption du processus inflammatoire avant que l'appendicectomie ne soit effectuée. Malheureusement, ce traitement d'attente peut prendre plusieurs semaines, avant que son objet soit atteint et quelquefois, il n'empêche pas le développement d'un abcès, d'un ileus ou d'une autre complication.

C'est le type du cas dans lequel la thérapeuti-

que par la chimiothérapie semble réussir. Non seulement le « plastron » se résorbe complètement et le malade est amélioré, après quelques jours, mais la formation d'abcès et d'autres complications est évitée. L'appendicectomie peut être accomplie en sûreté après un court intervalle nécessaire avant la mise en œuvre des sulfamidés. »

L'auteur (25) indique qu'il s'est servi du prontosil et de la « sulfanilamide ». Il préfère, dans les jours précédant l'opération le premier de ces corps qui donne moins d'accidents tels les vomissements, la cyanose. Il insiste sur la nécessité de poursuivre la chimiothérapie une dizaine de jours. Il a donné 10 centimètres cubes de la solution de prontosil à 5 % par jour, et 2 à 4 grammes quotidiens de sulfamide.

Dans deux cas (service du docteur BUSSE), nous avons pu suivre des malades atteints d'appendicite aiguë avec appendice en voie de perforation et de sphacèle, réaction purulente péritonéale. Ces malades furent opérés d'urgence, un drainage et un traitement chimiothérapique buccal institués.

L'évolution vers la guérison fut rapide et sans incidents d'aucune sorte.

b) ABCÈS APPENDICULAIRES — PÉRITONITES AIGUES.

« Les cas d'abcès appendiculaires, dit COKKINIS (25), ont répondu aux sulfamidés aussi bien que les cas comportant un plastron sans suppuration évidente. Sur huit abcès traités, chacun fut résolu complètement en cinq à quatorze jours, tandis que

les symptômes généraux et fonctionnels disparaissaient en 24 à 72 heures. Aucun n'a été drainé et un seulement fit une rechute, après deux mois, qui fut traitée par l'appendicectomie. Les doses de sulfamidés furent de deux et quatre grammes par jour pendant 6 à 15 jours. J'ai obtenu la résolution complète d'un vaste abcès sous-phrénique qui avait tendance à augmenter de volume dans un cas désespéré; il s'agissait d'un abcès d'origine appendiculaire. L'amélioration clinique fut immédiate, tandis que la rapide diminution de l'abcès était suivie à la radiographie. »

Nous ne possédons que deux observations personnelles.

Observation N° 1.

C... Rose, 44 ans.

Entre dans le service le 30 novembre 1938.

Décédée le 21 décembre 1938.

Cette malade est mise dans le service de médecine. Elle se plaint de douleurs dans l'hémithorax droit et dans la fosse lombaire droite. Ces symptômes se manifestent depuis 5 à 6 jours et sont consécutifs à une angine érythémateuse. Elle est envoyée pour affection pleuro-pulmonaire; en effet, elle se plaint d'une toux exagérant ses douleurs dans l'hémithorax, accompagnée d'une expectoration muco-purulente. On perçoit à la base pulmonaire droite quelques râles humides. En réalité, il s'agit d'une affaire abdominale car

on perçoit bientôt dans le flanc droit et la fosse lombaire une masse douloureuse profonde.

Une numération globulaire et une formule leucocytaire sont faites le 1^{er} décembre et donnent les résultats suivants :

Globules rouges	3.140.000
Globules blancs	10.000

La malade reçoit du 1^{er} au 6 décembre, 32 comprimés de Dagénan, sans résultat bien appréciable. Pendant tout ce séjour, l'état général ne fait que s'aggraver, les signes de suppuration se précisent, bientôt apparaît de l'œdème de la fosse lombaire avec circulation collatérale. La température oscille autour de 38°.

Le 6 décembre 1938, la malade passe en chirurgie avec le diagnostic de phlegmon périnéphrétique.

Le 7 décembre, le laboratoire donne les résultats suivants :

Globules rouges	3.860.000
Globules blancs	15.000

L'intervention a lieu le 8 décembre. On pratique une grande incision oblique lombaire droite. Un litre de pus est retiré avec des débris sphacéliques. La température monte à 39°, descend les jours suivant l'intervention à la normale, un pus abondant et d'odeur putride continue à s'écouler par la plaie.

Examen de laboratoire du 17 décembre 1938.

Pus : odeur putride.

Flore microbienne très abondante et très variée, cocci, diplocoques, bacilles, filaments gram positifs négatifs, aucune espèce prédominante.

Bientôt, des matières fécales s'écoulent par la plaie post-opératoire, un lavement contenant du bleu de méthylène est donné, on retrouve le colorant dans le pus. Il s'agit d'une fistule vraisemblablement coecale.

A partir du 17 décembre, nous donnons du Dagenan aux doses suivantes :

— 4 comprimés pendant 2 jours,

— 3 comprimés pendant 2 jours.

Il ne s'en suit aucune amélioration.

Le 21 décembre 1938, décès sans signes de péritonite. L'autopsie est refusée.

Observation N° 2.

Brigitte R..., 72 ans, entre le 4 juin 1938 à l'hôpital. On relève dans ses antécédents un ictus il y a 7 ans, il en est résulté une hémiplegie droite qui subsiste.

Les antécédents immédiats sont les suivants :

Depuis huit jours, la malade s'est plainte de douleurs abdominales, depuis 48 heures, ces douleurs, qui siègent, dit-elle, dans tout l'abdomen, sont extrêmement violentes entrecoupées de paroxysmes, la malade a eu plusieurs vomissements, la constipation est opiniâtre. Nous apprenons par l'entourage qu'elle a déjà eu des crises douloureuses violentes au cours des années précédentes

s'accompagnant de vomissements et de constipation.

Un examen rapide nous indique formellement, l'intervention de toute urgence.

Le ventre est le siège d'une contracture vraiment de « bois ». La palpation est très douloureuse, le toucher rectal et le toucher vaginal arrachent des cris à la malade. A l'ouverture du péritoine s'écoule un flot de pus, nous trouvons un énorme appendice sphacélique et perforé adhérent au détroit supérieur. Cet appendice est retiré au thermo, un Mikulicz est posé.

Après l'intervention, l'état de la malade est des plus mauvais, elle présente un faciès d'« infecté », un pouls très faible. Le pronostic est très réservé, la température tombe le lendemain de l'intervention à 38°7. Nous donnons alors pendant neuf jours de suite quatre comprimés de rodilone. Au bout de quelques jours, la température ébauche une chute. Au huitième jour après l'intervention elle est à 37°. Nous devons cesser au dixième jour le rodilone en raison des accidents asphyxiques marqués qui se produisent, cyanose, coloration des lèvres, dyspnée. Malgré une recrudescence de la température le 15 juin, qui correspond à un épisode pulmonaire fugace, l'état général s'améliore rapidement, le Mickulicz est progressivement retiré, la plaie opératoire est d'un excellent aspect, le ventre souple et indolore.

La première intervention est un échec. Les sulfamidés furent peut-être dans ce cas un adjuvant utile contribuant à la localisation de la collection purulente, après l'intervention, leur action s'avéra nulle. Peut-être les doses données en dernier lieu furent-elles trop faibles.

La seconde malade reçut des doses supérieures et nous eûmes l'impression que les sulfamidés avaient grandement aidé à l'évolution favorable.

c) PÉRITONITES AIGUES GÉNÉRALISÉES.

Seul, COKKINIS (25) semble avoir publié sur ce sujet. Pour les raisons déjà citées (attente de la réponse de l'immunité) il insiste pour que la chimiothérapie ne soit pas commencée d'emblée. De ce fait, les sulfamidés n'ont aucun intérêt dans des affections telles qu'une perforation d'ulcus où l'on aurait pu, dès l'intervention, les employer contre l'infection péritonéale. De toute façon il déconseille (25) les sulfamidés dans une inflammation péritonéale au début : « D'autre part, dit-il (25), lorsque les plus puissants des composés sulfamidés ont été administrés à des cas de péritonites à germes genre *colis* ou *streptocoques*, avec un épanchement purulent, profus, le résultat fut habituellement une amélioration impressionnante et durable.

En somme, d'après l'auteur cité, il semble que l'on puisse admettre les indications suivantes :

1. *Le traitement par les sulfamidés doit être*

précédé d'un temps où l'on évitera de donner ces corps. Sauf en cas d'état de moindre résistance de l'organisme.

2. Le seul traitement rationnel des appendicites aiguës est l'appendicectomie, la chimiothérapie pouvant masquer une complication est à rejeter.

3. Dans les cas d'appendice déjà perforé ou nécrosé, les sulfamidés complètent l'acte chirurgical.

4. Leur action est maximum sur les « plastrons » et abcès appendiculaires dont ils activent l'évolution favorablement.

5. Dans les péritonites, à condition de ne pas être donnés trop tôt, leur action est favorable.

III. — CHOLECYSTITES

K. BOHLAND rapporte une observation de cholécystite améliorée par les sulfamidés chez une malade de soixante-dix ans.(32).

SNYERS (17) cite un cas de cholécystite opérée, par la plaie opératoire s'écoulait un pus abondant contenant du streptocoque. La malade reçut 7 grammes de dérivé sulfamidé et guérit rapidement.

COKKINIS (25) considère que les germes habituellement en cause dans les infections des voies biliaires appartenant aux formes coli et streptocoque, on peut espérer que les lésions répondront à la chimiothérapie. Il a essayé dans six cas de cholécystite aiguë et d'angio-cholécystite aiguë. Chaque fois la guérison fut accélérée. Mais quatre cholécystites calculeuses améliorées firent des rechutes et l'ont dut intervenir chirurgicalement.

Dans un cas de cholécystite calculeuse où la température était depuis plusieurs jours à 37°5-38°5 à la suite d'un ascension thermique à 40°, nous fîmes pendant quatre jours quarante centimètres cubes de soluseptazine dans un goutte à goutte intra-veineux. Dès après la première injection, le

malade avait une température proche de la normale. Lors de l'intervention, la vésicule contenait des calculs et une bile brunâtre qui fut examinée au laboratoire. Les cultures montraient du colibacille et du streptocoque.

Chez un autre malade, après cholécystectomie pour lithiase vésiculaire, la suppuration au niveau de la plaie opératoire traînant en longueur, nous donnâmes par voie buccale un dérivé sulfoné (rodilone) à dose moyenne, deux grammes par jour, pendant une semaine environ, sans résultat appréciable.

A en juger par ces quelques exemples, l'opinion de COKKINIS sur la chimiothérapie dans les cholécystites, peut être acceptée, la chimiothérapie *n'a qu'une valeur secondaire et palliative*, autrement dit, elle n'évite pas l'intervention. Peut-être peut-elle être un complément de celle-ci.

IV. — OSTEOMYELITIS

FRACTURES OUVERTES

A. OSTÉOMYÉLITES

Nous avons trouvé un certain nombre de cas d'infections osseuses publiés dans le but de montrer l'action des médicaments sulfamidés. Nous les étudierons dans l'ordre suivant : ostéomyélites aiguës, ostéomyélites chroniques, suppurations osseuses, d'origine tuberculeuse, surinfectées.

a) *Ostéomyélites aiguës.*

Dans trois cas, il s'agit de guérison complète.

SOURDAT (20) à propos du traitement des ostéomyélites aiguës, relate une observation d'ostéomyélites de la hanche traitée par l'immobilisation, l'anatoxine staphylococcique et plus tard le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. Il a obtenu une guérison rapide sans intervention, avec rétablissement anatomique presque complet, vérifié à la radio.

Alex MICHEL (22) rapporte deux cas dans le *British Medical Journal*. Le premier cas est relatif à une ostéomyélite du fémur droit, opérée dès

le début. L'intervention est suivie de récidives sur le tibia, puis l'humérus gauche; il est alors donné au malade trois comprimés quotidiens d'uliron pendant trois semaines. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Le staphylocoque avait été décelé dans le pus, lors de l'intervention. Le second cas d'ostéomyélite aiguë avait été traité le troisième jour après le début clinique. La présence de staphylocoque dans le sang était prouvée. La guérison fut obtenue sans intervention.

Dans cinq autres cas, les résultats sont moins nets bien que très favorables. Trois cas sont cités dans le même article d'Alex MICHEL (22). Deux fois il s'agit d'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur, une fois d'affection qui siège à l'extrémité supérieure du tibia. Chez deux des malades, le staphylocoque fut trouvé dans le sang. Chaque fois, on intervint. L'opinion de l'auteur est que l'influence de l'uliron fut favorable, pourtant la guérison ne fut pas complète et rapide comme dans les premiers cas cités. Une suppuration subsistant quelque temps encore après le traitement.

SNYERS (17) a rapporté le cas d'une ostéomyélite iliaque gauche, opérée et drainée, le pus contenant du staphylocoque. Il se produisit ultérieurement une surinfection à streptocoque. Le malade reçut au total dix grammes de sulfamide en 12 jours, on put alors retirer le drain et la suppuration se tarit. Nous donnons ici, d'après une observation parue dans le Bulletin de médecine

infantile de Bordeaux et du Sud-ouest, l'exposé d'un cas d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia (24).

Il s'agit d'une enfant de 11 ans, traitée (résection). Dans les semaines qui suivent, apparition d'un second foyer dans la clavicule droite avec formation d'un séquestre. L'état général est lamentable, l'hémoculture positive au staphylocoque.

La malade est traitée par immobilisation plâtrée et de petites interventions ayant pour but l'ablation des zones séquestrées. On fait un traitement médical par les dérivés colorés de la sulfamide, prolongé pendant plusieurs semaines et sans amélioration.

Un curettage plus important du foyer améliore l'état général, mais la température persiste (38° matin, 38°5 le soir), l'hémoculture est négative. Dans les premiers jours de novembre, une immuno-transfusion n'amène aucune amélioration.

L'état général redevient mauvais, des escharres apparaissent aux points de decubitus (dans le sang: globules rouges 3.330.000, leucocytes 14.800). Le 4 décembre, on essaie un autre dérivé sulfamidé à raison de deux comprimés par jour, durant huit jours. L'état général s'améliore sensiblement et en particulier l'enfant recommence à s'alimenter. Le 10 décembre, formule sanguine: globules rouges: 3.740.000, leucocytes: 13.000. Mais, ce qui est le plus frappant, c'est une chute de la température qui, de 38° à 38°5, tombe à 37°3, 37°5.

Dans les jours qui suivent, elle tombe entièrement et le sujet peut être considéré comme convalescent.

b) *Ostéomyélites chroniques.*

SNYERS (17) apporte le cas d'un malade qui avait déjà subi une résection de la hanche pour ostéoarthrite déformante de la hanche droite.

Secondairement, une suppuration se produisit à ce niveau, avec grosse atteinte de l'état général; il s'agissait de staphylocoque et de streptocoque. Le traitement par les sulfamidés (chlorydrate de sulfamido-chrysoïdine) amena une nette amélioration des signes généraux et le tarissement de l'écoulement purulent.

Nous donnons ici une observation prise dans le service du docteur BENAERTS à l'Hôpital de Montfermeil.

Fau... Jean, 43 ans, aiguilleur.

Entré à l'hôpital le 1^{er} septembre.

Sorti le 13 septembre.

Entre à l'hôpital pour ostéomyélite chronique.

Il présente lors de l'examen d'entrée une énorme tuméfaction du bras gauche, s'accompagnant de douleurs intolérables, lancinantes et d'une température à 38°6. L'état général est par ailleurs excellent, les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le début des accidents remonte à quelques jours seulement. Il s'est fait de façon brutale, deux cicatrices que le malade présentait à la face

antérieure et à la face postérieure du bras sont devenues chaudes et douloureuses. La cicatrice postérieure s'est fistulisée.

En effet, lorsque nous voyons le malade, il présente à la face antérieure du bras une cicatrice ancienne irrégulière et douloureuse, et à la face postérieure une fistule largement ouverte, par où s'écoule un pus jaunâtre, bien lié, sans odeur, le stylet va aisément buter contre un plan osseux situé profondément par rapport à l'orifice de fistulisation.

A l'interrogatoire, nous apprenons que le malade a eu l'humérus gauche fracturé à l'union 1/3 inf., 1/3 moyen en 1918 par une balle, qu'on est intervenu 2 fois dans les six mois qui ont suivi sur le foyer de fracture par voie sanglante. Rendu à la vie civile en 1919; le blessé a pu reprendre son travail d'employé à la voie du chemin de fer de l'Est. En 1920 son bras est devenu gros et douloureux; il a dû s'arrêter quelques mois; en 1927, mêmes accidents, plus fistulisation de la cicatrice postérieure et élimination d'un séquestre.

Une radiographie pratiquée le lendemain de l'entrée dans le service montre un humérus qui, à l'union 1/3 moyen, 1/3 inf., est boursoufflé et présente au milieu de la portion lésée une perte de substance circulaire nette.

Le malade recevra pendant dix jours :

— 6 comprimés de 693, et les deux derniers jours

-- 4 comprimés quotidiens.

Dès le troisième jour, la température se fixe à la normale, l'œdème disparaît, les mouvements passifs et actifs dans les articulations du bras redeviennent possibles sans douleurs.

Le 12 septembre, la fistule est fermée, son orifice comblé est indolore, le malade demande à reprendre son travail. Une radiographie faite le 12 septembre ne montre aucun changement des images osseuses.

c) *Tuberculose osseuse surinfectée.*

SNYERS (17) a rapporté l'observation d'un abcès ossifluent surinfecté par le streptocoque avec disparition des signes généraux et fonctionnels, baisse de la température, disparition du streptocoque par les sulfamidés (chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine).

WEIDEKAMP (24) a traité 26 cas de tuberculose osseuse surinfectée par le prontosil, et a obtenu des résultats très nets surtout dans 4 cas. Dans 7 autres cas, les résultats furent moyens. Enfin, dans huit cas on a observé des échecs. D'une façon générale, le médicament a été administré à la dose de 3 à 6 comprimés à 0 g. 50 par jour. L'auteur conclut de son expérience que le prontosil est un des meilleurs traitements à opposer aux affections qu'il a traitées.

CONCLUSIONS :

1. *Ostéomyélite aiguë :*

Trois fois on a obtenu une guérison complète et rapide.

Dans cinq autres cas, on n'a pu obtenir qu'une amélioration.

2. *Ostéomyélite chronique*, il ne s'agit que d'amélioration, sans guérison.

3. *Bacillose osseuse*: l'action ne serait intéressante qu'en cas de surinfection.

COKKINIS, dans un article sur les sulfamidés en chirurgie (25) dit que, dans trois cas d'ostéomyélite (une aiguë, deux chroniques) il a obtenu une légère amélioration, mais transitoire seulement.

En somme, dans la plupart des cas, on ne pourrait compter sur les dérivés sulfamidés que comme un adjuvant au traitement chirurgical.

B) FRACTURES OUVERTES

Dans certains cas de fractures ouvertes, les sulfamidés peuvent constituer un adjuvant précieux au traitement habituel. L'observation suivante, prise dans le service du Docteur BENAERTS à l'Hôpital de Montfermeil semble appuyer ce point de vue.

S... Catherine, 50 ans, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital de Montfermeil, le 13 mai 1938. Elle présente une fracture des deux os de la jambe droite au niveau de l'union tiers moyen, tiers inférieur de la jambe. Il s'agit d'une fracture largement ouverte. La malade, dès son arrivée,

c'est-à-dire quelques heures après l'accident, est traitée, la plaie est soigneusement nettoyée et méchée, une gouttière de Maisonneuve est posée.

Cette gouttière sera seulement retirée le 2 juillet, jusqu'à ce moment, la malade n'a eu aucune température, la plaie est presque entièrement fermée et indolore.

Le 4/7, la malade se plaint de douleurs au niveau du foyer de fracture et dès le 6/7, la pression fait sourdre au niveau de ce dernier, quelques gouttes de pus.

Le 7/7, nous donnons du 693 à la dose de 4 comprimés à 0 g. 50 ; ce traitement sera continué à doses décroissantes pendant 9 jours. Le foyer redevient indolore et la plaie se cicatrise complètement. La consolidation étant insuffisante, nous posons une botte plâtrée complètement fermée que la malade supporte d'une façon parfaite.

Nous avons pu, également dans le service du Docteur BENAERTS, suivre deux autres blessés.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans, qui avait été amené dans le service avec une fracture de jambe droite. Il y avait fracture du péroné et du tibia, au niveau du tiers supérieur des os et une autre fracture des deux diaphyses à l'union tiers moyen, tiers inférieur. Ce dernier foyer était largement ouvert par une plaie de l'étendue d'une paume de main. La perte de substance était considérable. La plaie était abondamment souillée de terre et de débris de vêtements. Au niveau du genou gauche, les té-

guments étaient arrachés sur une grande surface, l'articulation n'était pas ouverte. Le blessé portait au cuir chevelu une plaie de vingt-cinq centimètres de long. Les plaies du cuir chevelu et du genou furent suturées et drainées. La fracture ouverte fut soigneusement nettoyée et réduite par le Dr. BENAERTS sous anesthésie. Mais la perte de substance était si considérable qu'on dût se contenter de tasser dans le foyer de fracture une mèche iodoformée et placer la jambe dans un appareil plâtré complètement fermé, en se proposant de surveiller de très près la plaie osseuse et d'ouvrir l'appareil à la moindre alerte. Sans conviction, nous donnâmes des sulfamidés sous forme de corps 693, trois jours trois grammes, deux grammes et demi pendant trois jours, et ainsi de suite, en décroissant pendant une quinzaine de jours. Le plâtre ne fut ouvert qu'au bout de plusieurs semaines. Nous trouvâmes une plaie encore très vaste, mais propre et en voie de diminution. Nous laissâmes quelques semaines le membre dans une simple gouttière plâtrée, en faisant sur la plaie des pansements aseptiques. Puis, les os formant un cal solide et la plaie se fermant, une botte de marche fut posée. Le malade, après 4 mois, marchait sans canne. La plaie était fermée. Jamais la température n'avait été anormale.

Le second blessé avait reçu le 10 septembre 1938 une balle dans la jambe gauche. Elle avait fait une énorme blessure avec fracture à multiples éclats des deux os. Jusqu'au mois de décembre, on

n'avait pu appliquer que des traitements de fortune. Quand nous vîmes le blessé, le membre était complètement ballant au niveau de la blessure ; deux plaies étaient visibles : l'une, antérieure, très vaste, orifice d'entrée ; l'autre postérieure, plus petite, orifice de sortie. Les deux plaies supuraient abondamment ; le pus contenait des staphylocoques. Le blessé reçut par voie intramusculaire en trois semaines, vingt et un gramme de corps 693. Après vingt jours de repos, nous lui donnâmes en comprimés un nouvelle série de vingt-quatre grammes de sulfamidés. La suppuration se tarit progressivement et au bout du deuxième mois de séjour à l'hôpital, nous fîmes un pansement occlusif et sur les indications du Docteur BENAERTS, une botte plâtrée. Au milieu du troisième mois, le malade marchait avec cette botte. Au quatrième mois, le plâtre fut retiré.

Ce malade a fait cinq mois après son hospitalisation une poussée inflammatoire sur son foyer de fracture. Le foyer était resté fermé, mais le membre était augmenté de volume, sillonné de traînées de lymphangite. L'articulation tibiotarsienne était gonflée, douloureuse. En plus du traitement banal (compresses alcoolisées humides, immobilisation), quelques injections de 693 intra-musculaire (cinq grammes) furent faites. En vingt-quatre heures, le malade ayant reçu deux injections de sulfamide de un gramme chacune, était complètement guéri, quant à cette récurrence locale.

BOHLMAN. (26) a publié les observations de trois

fractures complexes des membres compliquées de gangrène. Des recherches de laboratoire avaient été faites seulement dans deux cas, montrant une fois la présence de *B. Welchii* et de quelques cocci en chaînettes ou en tétrades et du staphylocoque sur les cultures, une autrefois, les germes de la gangrène gazeuse (« gas bacilli »). Ces trois blessés avaient eu du sérum antigangréneux. L'auteur conclut à peu près en ces termes :

1. Le premier cas représente un étonnant résultat dans un cas désespéré de gangrène gazeuse. Les deux autres cas viennent à l'appui de cette opinion.

2. Les procédés chirurgicaux sains et conservateurs doivent être combinés avec l'usage des sulfamidés.

Aucun rapport précédent de cet emploi n'a été trouvé.

4. Il est convaincu que cette thérapeutique peut être d'une grande utilité.

Nous n'avons vu employer les sulfamidés que dans un cas comparable à ceux de BOHLMANN. Le blessé qui avait une plaie compliquée du membre inférieur gauche présentait au bout de 24 heures, outre un état toxi-infectieux déplorable, un œdème du membre inférieur gauche remontant jusqu'à la cuisse. Il reçut cent centimètres cubes de sérum anti-gangréneux intra-musculaire, cent autres par voie intra-veineuse en goutte à goutte, dans du sérum physiologique. On lui injecta vingt centimètres d'un dérivé sulfamidé (septazine) dans les vei-

nes et on lui en fit prendre par la bouche douze grammes. La mort survint quarante-huit heures après l'accident, cause de la blessure.

La comparaison de ces quelques cas ne peut qu'engager à persévérer dans l'emploi des sulfamidés pour le traitement des fractures ouvertes. Ils sont trop peu nombreux pour qu'on en tire une règle de conduite générale.

EN TOUS CAS :

Deux fois, d'importantes fractures ouvertes de jambe, dont l'une très souillée, reçoivent des sulfamidés ; l'une à la première menace d'infection ; l'autre d'emblée. Deux fois l'évolution est excellente (observation personnelle). Dans quatre cas, il y a gangrène des membres. Trois fois (BOHLMAN) le succès est complet ; une fois (observation personnelle) l'action des sulfamids absolument nulle.

V. — AFECTIONS DE LA PEAU

I. — *Anthrax et furoncles.*

Les avis sont très partagés en ce qui concerne l'utilité possible dans le traitement des anthrax et des furoncles par les dérivés de la sulfamide et des corps voisins.

LAMERS (33) prétend que la furunculose réagit bien au prontosil, SIGEL (34) estime cette action favorable, de même FRANKL (35) signale des cas favorables dans un article d'une revue allemande.

COKKINIS, qui a systématiquement étudié la question sulfamite et chirurgie dans deux articles du « Lancet » (25) a donné des sulfamides dans plusieurs cas et son impression est défavorable.

Quelques observations ont été publiées concernant des anthrax ou des formes dangereuses de furoncles. Nous avons pu réunir trois observations d'anthrax.

JOLTRAIN en rapporte un cas où il s'agit d'une localisation sur la lèvre supérieure, le rodilone associé à l'insuline et au sérum antistaphylococcique donna un bon résultat. On avait constaté la présence de staphylocoques dans le sang.

PFEIFFER (37) cite le cas d'un anthrax du cou

traité par le prontosil, mais ce cas n'est pas démonstratif étant donné le nombre de médicaments associés.

BOUSSERIE, LACROIX et HYPOUSTEGUY (38) ont rapporté l'observation d'un anthrax du cou chez une nourrice de la maison maternelle de Cholet, qui, ayant résisté aux thérapeutiques habituelles, y compris la vaccination locale, fut cicatrisée rapidement par le 4 (4'aminobenzosulfonamido) benzolsulfone diméthylamide.

Les mêmes auteurs ont rapporté un succès par le même produit sur un furoncle de l'aile du nez.

JOLTRAIN (36) a signalé la bonne évolution d'un furoncle de la lèvre supérieure dans des conditions semblables avec un autre sulfamidé.

Nous pouvons rapporter six cas personnels au débat.

Observation I.

N... entre dans le service du Docteur GOURNAY, pour asthme cardiaque; il s'agit d'un prostatique porteur d'une sonde à demeure qui sera retirée après quelques semaines de séjour. Vers le 25 mars, un énorme anthrax tend à occuper toute la face postérieure de la région scapulaire gauche.

Au moment où nous le voyons pour la première fois, le 5 avril, le malade présente au niveau de cette région une tuméfaction de la largeur d'une main, sphacélique, mal limitée, l'azotémie et la glycosurie sont normales. Le malade souffre intensément.

On constitue la thérapeutique suivante : 693 à dose décroissante, trois jours, trois grammes, trois deux grammes, trois jours un gramme ; localement, pommade à l'oxyde jaune au 1/100°.

En un mois, les tissus sphacéliques se sont éliminés, laissant une plaie nette qui tend, très progressivement, à se combler.

Observation II.

Service Dr. BENAERTS.

G..., manœuvre, présente un très gros anthrax de la nuque, bien limité et un autre anthrax au dos de la main. Le début remonte à huit jours. Une série de dérivé sulfoné est commencée en quelques jours. On assiste à une véritable fonte des deux anthrax. Traitement local : pommade à l'oxyde jaune au 1/100°.

Observation III.

Il s'agit d'un énorme anthrax du cou, observé dans le service du Docteur BUSSE et, qui, très lentement, sous l'influence du rodilone et du traitement habituel, insuline, pulvérisation, disparut lentement. On nota cependant une certaine tendance à une amélioration rapide, à compter du jour où la chimiothérapie fut entreprise. (Doses employées trois jours à six comprimés, puis trois jours à trois comprimés, de 0 gr. 50 chacun).

Observation IV.

Anthrax bien limité du dos chez un homme de quarante ans, en bon état général. On donne, comme précédemment, du rodilone à doses dé-

croissantes, pour tout traitement local : pommade à l'oxyde jaune au 1/1000 ; guérison en quelques jours.

Observation V.

M..., manœuvre, présente un très gros anthrax du dos, mal limité, sphacélique, dont l'évolution traîne depuis une dizaine de jours ; divers traitements sont tentés. Nous essayons un traitement au dagénan. Traitement local : pommade à l'oxyde jaune au 1 %. La guérison survient très lentement (action faible).

Observation VI.

Gros furoncle de la lèvre supérieure et plus petit furoncle de la narine droite ; l'état du malade est inquiétant, la palpation, le long de la racine du nez jusqu'à l'angle interne de l'œil est douloureuse. On donne le rodilone, même posologie que pour le N° 3 ; en quelques jours, le malade est guéri ; il ne restera qu'une petite cicatrice.

En somme, trois fois, nous avons eu une action faible, trois fois une action rapide, mais toujours la médication a été utile. Ces résultats concordent avec certains déjà publiés.

Nous avons toujours donné au moins dans les deux ou trois premiers jours, deux grammes et demi à trois grammes de sulfamide.

Donc, pour nos cas personnels, bon résultat, d'autant plus que, dans quatre cas nous avons simplement isolé les anthrax avec une pommade à l'oxyde jaune très faible ; dans un cas, nous avons isolé avec des compresses vaselinées.

VI. — PLAIES TRAUMATIQUES

Nous possédons une observation de plaie traumatique chez un jeune enfant.

Observation P. — (Service Dr. BUSSE.)

PA... Michel, 6 ans.

Entré à l'hôpital le 4 novembre 1938.

Sorti le 31 décembre 1938.

Cet enfant est renversé par une automobile le 4 novembre 1938. Il en résulte une plaie du membre inférieur droit. Il entre dans le service. On constate, outre un état de shock considérable, une plaie de la face interne du membre inférieur gauche, verticale, commençant à mi-cuisse pour se terminer au premier tiers supérieur de la jambe, en passant le long du bord interne de la rotule. Les bords sont déchiquetés, la plaie apparaît souillée de terre. En réalité, la blessure est encore plus considérable ; il existe du haut en bas de la plaie des décollements qui clivent les tissus musculaires sur les faces antérieures et postérieures du membre ; les muscles sont contus et noirâtres en certains endroits, l'articulation du genou est ouverte.

La plaie (1/4 d'heure après l'accident) est soigneusement nettoyée à l'éther, un pansement est fait aux mèches iodoformées et nous nous contentons de rapprocher les deux extrémités avec deux points au crin. Nous prescrivons des injections de sérum antitétanique et 3 comprimés quotidiens de Dagénan à 0 gr. 50.

Le lendemain soir, la température est à 39°, l'état général bon. Le 3^e jour, la température est à 40°. Le malade agité, les mèches ont été enlevées le deuxième jour dans la soirée. On se contente cependant d'irrigations biquotidiennes au Dakin. Le quatrième jour, la température tombe à 37°8 et, dès ce moment, elle restera proche de 37°. A aucun de nos examens, *nous n'avons constaté un aspect purulent de la blessure.*

Lentement, les tissus se sont cicatrisés. Au bout de trois semaines, la température était absolument normale et devait le rester.

Deux semaines avant la sortie, il ne restait qu'une longue plaie superficielle, large d'un travers de doigt.

Le malade est sorti avec une blessure complètement cicatrisée, une très légère limitation des mouvements du genou.

Examens de laboratoire le 12 novembre 1938 :
formules sanguines.

Globules rouges	4.560.000
Globules blancs	21.400

Cette observation vient à l'encontre des opinions de CORKKINS qui prétend que l'on ne doit pas don-

ner, sauf infectionoudroyante, les sulfamides d'emblée.

Dans un autre cas cité par le Docteur GOURNAY et LE BALCH (30), malgré des soins immédiats, l'infection gagne une plaie chez un diabétique et les sulfamides semblent un appoint précieux.

Obs. G...

Plusieurs jours avant son entrée à l'hôpital, M. G. avait eu une petite plaie linéaire de 7 cms de long au niveau de la partie moyenne de la jambe gauche avec une section vasculaire ; à ce moment, on avait refermé la plaie et posé des agrafes.

Pendant les jours qui suivirent, la plaie prend un aspect noirâtre et la température s'élève. Le malade arrive à l'hôpital le 25 décembre avec une fièvre à 39°8 et une plaie noirâtre de mauvais aspect, la glycémie est de 1 gr. 42 par litre. On injecte du sérum anti-gangréneux et 3 cm³ de propidon, en même temps qu'on débride la plaie, mais l'influence sur la température est minime et surtout, la lésion garde un caractère noirâtre, escarrotique.

La température, le 27 décembre au matin, est de 37°8 mais monte le soir à 40°. Le malade souffre beaucoup de sa jambe au point que l'on doit administrer de la morphine ; en outre, on injecte 15 unités d'insuline. Le lendemain, les lésions sont toujours semblables et l'on doit continuer : insuline, propidon, morphine. Le soir, on injecte alors la soluseptazine par voie intraveineuse ; le lendemain matin, l'état du malade est toujours alar-

mant; il y a sub-délire, la langue est sèche, les urines rares, localement la plaie reste toujours noire et ne suppure pas et il y a une lymphangite qui remonte jusqu'à la moitié de la cuisse ; la température est aux environs de 39. On continue le traitement par les dérivés sulfamidés à hautes doses : 3 gr. de septazine par la bouche, 40 cm³ intraveineux et 10 cm³ intramusculaire. Le soir, la température est à 37°4, l'état général meilleur, la lymphangite est arrêtée dans son évolution.

Le lendemain, 30 décembre, et les jours suivants, on continue la même thérapeutique. La température se stabilise, la plaie se met à suppurer et l'état général est bien meilleur.

Le 3 janvier, la plaie suppure abondamment vidant de gros caillots, l'état général est bon. On fait une contre-incision pour drainer le trajet purulent, puis tout rentre dans l'ordre et le malade quitte l'hôpital, après un mois, guéri.

L'observation suivante, nous paraît devoir être mentionnée dans ce chapitre.

G... Charlotte, se fait en avril 1939, le 15, une plaie superficielle du genou par chute. Le 27 avril, crises de contracture annoncées par du trismus. Cette femme reçut chaque jour, du sérum antitétanique et en particulier par voie intra-rachidienne et du 693 par voie parentérale.

Le 2 mai 2 gr. i.-v.

2 gr. i.-m.

Le 3 mai 1 gr. i.-v.

1 gr. i.-m.

Le 4 mai 4 gr. i-v.

4 gr. i.-m.

La mort se produit en hyperthermie le 6 mai.

Nous citerons une observation du Docteur Mo-

NOT :

D..., entré dans le service le 1^{er} mai 1938.

Diagnostic : plaie infiltrée du front compliquée de phlegmon de la face. Consécutif à un accident de bicyclette datant de 15 jours. Localement, on fait des pansements au dakin et on donne de la septazine, 3 comprimés par jour, pendant 3 jours. L'œdème de voisinage et l'inflammation régressent ; cicatrisation rapide de la plaie. Le malade sort guéri le 22 mai 1938 après une hospitalisation de 20 jours.

* * *

EN RÉSUMÉ, un cas où l'action prophylactique est indéniable.

Deux cas où l'infection est jugulée.

Un cas d'infection tétanique où le résultat est nul.

VII. — AFFECTIONS DES MAINS

Certains auteurs, et en particulier COKKINIS (25) estiment qu'aucune affection ne montre mieux la sélectivité bactérienne des composés sulfamidés que les affections de la main. Sur les cas à staphylocoques purs, COKKINIS n'a rien obtenu (panaris) seules les infections contenant du streptocoque ont répondu. Presque tous les cas à succès furent des cas de phlegmons des espaces cellulaires de la main ou des lymphangites, les phlegmons des gaines tendineuses ne répondant point aux sulfamidés.

Le même auteur indique comme dose 2 à 4 gr. par jour pendant 10 à 20 jours de suite.

Revenant sur la notion d'immunité, il conseille d'attendre quelques jours avant de commencer le traitement pour laisser à l'organisme le temps d'ébaucher sa défense.

Dans les cas à évolution très rapide, telles certaines lymphangites à streptocoques, il faudrait au contraire ne pas perdre de temps et faire de l'immunothérapie en même temps que des sulfamidés.

Nous citerons quelques cas d'infections des mains publiées et deux observations personnelles.

DOMAGK (39) a rapporté l'observation de sa propre fille qui, après extraction chirurgicale d'une aiguille qu'elle s'était enfoncée dans la main, fit un véritable phlegmon de la main, avec lymphangite remontant très haut sur l'avant-bras. La guérison fut obtenue à l'aide du prontosil.

SNYERS (17) a cité dans le Liège médical une observation de tendino-synovite guéri en trois semaines à l'aide de pansements chauds et d'azoïques.

JOLTRAIN (36) cite un cas de panaris sous-cutané (tourniole) guéri en trois jours sans aucune intervention.

MICHAUX (31) a présenté l'observation d'un cas de panaris très instructive, car montrant les résultats différents de deux dérivés chimiques.

Dans un des services de chirurgie de la Maison de Nanterre, l'auteur (J. MICHAUX) (31) voit une malade entrée pour un panaris infecté au médius droit. Température très élevée, plateau entre 39° et 40°, bruits du cœur sourds et urines extrêmement rares, et en plus rouge, mais le malade prend depuis 12 jours une sulfamide qui n'est pas du 109 M, et elle présente d'ailleurs une cyanose extraordinaire de la face, des pommettes et des mains. Elle souffre de douleurs violentes à la hanche droite et une radiographie n'a cependant rien montré à ce niveau.

Malgré les accidents cyaniques et hémoclasiques qu'elle présente, les auteurs n'hésitent pas

à lui donner à petite dose 3 c. de 109 M. Au bout de quelques jours, la malade cesse de souffrir de la hanche droite. D'autre part, les accidents de cyanose disparaissent comme par enchantement et l'urine reprend une coloration normale.

Nous citerons quelques observations que le Docteur MONOT, chirurgien de l'hôpital Lagnet (Metz) a bien voulu nous communiquer et deux ou trois cas personnels.

PANARIS

I. — *Panaris du tissu cellulaire sous-cutané* (Dr. MONOT).

1). — B..., entré dans le service le 2 mars 1938 pour panaris de l'annulaire gauche compliqué de lymphangite datant de cinq jours, consécutif à une piqûre par épine de bois. C'est un panaris de la face palmaire de la phalangine avec lymphangite de la paume, de l'avant-bras et adénopathie axillaire. L'incision du panaris avec mise à plat de la fusée lombricale ramène du pus. On fait des pansements au dakin et on prescrit de la septazine, 5 comprimés par jour pendant 3 jours. Dès le 4^e jour, la température de 38° est ramenée à 37°8. Les symptômes locaux s'améliorent et le malade sortira guéri le 25 mars 1938 après une hospitalisation de 23 jours.

2). — (Docteur MONOT). — N..., entré dans le service le 15 mars 1938. Diagnostic : panaris du pouce compliqué de lymphangite.

Datant de quatre jours, consécutif à une piquête par clou. C'est un panaris de la pulpe avec lymphangite de la main. On fait des pansements humides et on prescrit la septazine, cinq comprimés par jour. Le malade restera apyrétique avec un très bon état général ; le 6^e jour, la collection étant faite, on l'incise. Le lendemain on cesse la septazine. Le malade sort guéri le 5 avril.

3). — Observation personnelle. — L..., 17 ans, se présente avec un panaris de la pulpe du médius gauche. Incision et excision, mèche iodoformée. Tout semble s'arranger, mais au bout de huit jours, étant donné la rétention de pus constatée, on intervient à nouveau.

L..., chaque fois qu'elle a eu une plaie cutanée quelconque, a vu celle-ci traîner en longueur et suppurer. Elle est sujette à de fréquents furoncles ou pyodermites. En désespoir de cause, nous l'hospitalisons car la deuxième intervention se montre aussi inefficace que la première et la plaie prend encore un très mauvais aspect, trois semaines après la première consultation. La plaie est débriée et méchée à l'iodoforme. Une série de Dagénan, 3 fois 6 comprimés à 0 gr. 50, 3 fois 5 comprimés, et ainsi de suite, jusqu'à 2 comprimés quotidiens est donnée. Une amélioration est très légère et quelques semaines après, nous revoyons la malade ; une fistulette est encore visible au doigt malade.

II. — *Panaris des gâines* (Docteur MONOT).

1° D..., entre dans le service le 13 février 1938. qûre de la 2^e phalange, sur la face palmaire. Etat

Diagnostic : panaris de la gâine du médius gauche. Datant de 15 jours, consécutif à une pi-général grave ; T° 39°1, pouls 116. Œdème du doigt et de la main, doigt en crochet, incisions l'une au niveau de la porte d'entrée, 2 autres latérales à la racine du doigt. On prescrit la septazine. Cinq comprimés par jour pendant 3 jours. Dès le 3^e jour, amélioration de l'état général ; le malade devient apyrétique. L'état fonctionnel de ce doigt étant compromis, l'amputation du médius est faite le 23 février. Le malade sort de l'hôpital le 29 mars 1938 complètement cicatrisé après une hospitalisation de 44 jours.

2° B... entré dans le service le 3 février 1938 (Dr MONOT).

Diagnostic : panaris de la gâine du médius gauche. Datant de 4 jours, consécutif à une piqûre d'aiguille. Etat général mauvais. T° 37°8, pouls 108 Adénopathie sus-épitrochléenne et axillaire. L'incision montre des tissus sphacelés et gangréneux, la gâine ouverte avec tendon mis à nu. On fait des pansements au Dakin, 20 cc. de sérum antigangréneux, 2 cc. d'antitoxine antitétanique. On prescrit de la septazine, 5 comprimés par jour pendant 6 jours. Dès le 2^e jour, le malade devient apyrétique et il sort le 1^{er} février 1938, après une hospitalisation de 17 jours, la cicatrisation presque achevée.

3° H... (Docteur MONOT) entre le 6/1/38.

Diagnostic : panaris de la gaine du médius droit.

Datant de deux jours sans étiologie, connue. C'est un panaris de la première phalange face palmaire. Etat général grave. T° 39°5, pouls 90. Faciès plombé. L'hémoculture est stérile. On prescrit 13 comprimés de septazine par jour. L'état général s'améliore rapidement, mais l'état local persiste et nécessite après deux premières incisions faites le 7 et le 19 janvier, la mise à plat de la gaine et le malade sort guéri le 8 mai 1938 après une hospitalisation de deux mois.

III. — *Panaris avec ostéite des phalanges.*

1° (Docteur MONOT). B... entré dans le service le 29 novembre 1937.

Diagnostic : panaris ostéitique du médius gauche. Datant de cinq jours, consécutif à une écorchure infectée. C'est un panaris de la pulpe, étendu à la phalangette. Plusieurs incisions sont pratiquées, le rubiazol est prescrit ; les pansements locaux au dakin, puis la permyase sont pratiqués, le pus ne tarit pas. On commence le 18 février un traitement avec la septazine. La suppuration diminue et le malade sort cicatrisé le 28 février après une hospitalisation de 3 mois.

2° G... entré dans le service le 12-1-38. Diagnostic : panaris ostéitique du pouce droit. Datant de 3 jours, consécutif à une piqûre par mollette d'éperon. C'est un panaris de la pulpe étendu à la phalangette. L'incision du panaris est faite le jour

même de l'arrivée du malade. Deux jours après, on prescrit la septazine : 3 comprimés par jour pendant 25 jours. Les pansements au dakin sont remplacés après grosse amélioration de l'état local par la permyase. Le malade sort guéri le 22 février 1938 après une hospitalisation de 41 jours.

PHLEGMONS DE LA MAIN

1). Observation personnelle.

L... Marti se présente à l'hôpital de Montfermeil le 9 novembre 1938.

Il présente une plaie infectée, atone, du 4^e interdigital de la main droite. La main, principalement au dos et sur la partie hypothénarienne est énorme, violacée, avec un œdème prenant le godet. Nous incisons en coupant la commissure aux ciseaux et en prolongeant la section par deux incisions palmaire et dorsale, une troisième incision remonte latéralement au cinquième doigt.

Les tissus sont infiltrés, mais il n'y a pas de pus.

Il existe des traces de sucre dans les urines³. Nous prescrivons quinze unités d'insuline avant chaque repas et du dagéman. Pendant 4 jours, 6 comprimés. Pendant cinq jours, 4 comprimés à 0 gr. 50.

En outre, pendant les quatre derniers jours du traitement le malade recevra quatre injections de dagéman sodique à 25 %, de 2 cm³ chacune. Le résultat est très rapide ; dès le quatrième jour, la température est à 37°1.

Le 16 novembre, la main était d'aspect normal, sauf une plaie d'aspect sain au niveau de la quatrième commissure.

Nous avons revu le blessé le 25 novembre. Son état général est excellent, la plaie en voie de cicatrisation rapide.

2). (Docteur MONOT).

C..., entré dans le service le 16 mars 1938.

Diagnostic : plaie infectée de la main gauche compliquée de phlegmon lymphangitique diffus. Datant de 2 jours, consécutive à une piqûre du dos de la main par une épine de bois. Mauvais état général, T° 38°5, pouls 60-100. On prescrit la septazine : 5 c. par jour, pendant 3 jours. On fait des pansements humides chauds et 3 piqûres de propidon dilué : 1 c. 5 par piqûre. Le 22 mars, les symptômes généraux ont disparu.

L'inflammation locale régresse sans suppuration, et le malade sort guéri le 8 avril après une hospitalisation de 23 jours.

3). (Docteur MONOT).

Entré dans le service le 31 octobre 1937.

Diagnostic : phlegmon diffus grave du membre supérieur gauche, mis tardivement au traitement par la septazine.

A l'arrivée du malade, phlegmon de la main gauche avec état général infecté; T° 40°, pouls 120. Faciès plombé, grosse lymphangite du membre supérieur. Plusieurs incisions font sourdre un liquide louche non franchement purulent. On fait des pansements au Dakin, des injections de gona-

crine et on donne du rubiazol. Malgré cela, le phlegmon s'étend à l'avant-bas. Une incision faite sur la face dorsale de l'avant-bras ramène une sérosité de même caractère que la précédente. L'état général s'améliore peu à peu, mais les symptômes locaux persistent. Le 15 janvier 1938, on donne au malade la septazine, 3 comprimés par jour pendant quatre jours et on lui fait trois piqûres de gonacrine intraveineuses. L'œdème inflammatoire disparaît alors rapidement et le malade sort définitivement guéri le 15/2/38 après une hospitalisation de 3 mois huit jours.

* * *

ON PEUT CONCLURE :

— que les sulfamides dans les affections de la main, peuvent quelquefois préparer à l'incision;

— qu'ils n'empêchent que rarement celle-ci, sauf dans des cas bénins, dans le cas cité il s'agit d'une tourmole ;

— que leur action sur les phénomènes fonctionnels et généraux toxi-infectieux est favorable.

— D'après certains auteurs (25) COKKINIS en particulier, ils agiraient surtout sur les affections où se trouve du streptocoque.

— Sur des suppurations anciennes, d'après le cas que nous possédons ils n'ont qu'une action relative.

— En cas d'insuccès, il est bon d'essayer un autre dérivé. MICHAUX (31).

— Les cas de suppurations des mains, traités par les sulfamidés, concurremment à l'acte chirurgical donnent moins de suppurations itératives à distance (Docteur MONOT).

VIII. — INFLAMMATIONS DIVERSES

Phlegmons et inflammations du tissu cellulaire sous-cutané. — Inf inflammations du système lymphatique et ganglionnaire. — Abscess du sein. — Infections à étapes successives.

I. TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

Citons d'abord quelques cas trouvés dans la littérature médicale.

PATHAK (40) cite un cas de cellulite du bras et de l'avant-bras guéri par la septazine (streptococque probable).

Nous possédons l'observation d'un enfant de dix-huit mois atteint d'un important œdème de la jambe avec fièvre, prostration. Tout cède en 48 heures aux pansements humides et aux sulfamides.

Nous reproduisons ici une observation personnelle :

R... François, 67 ans, entré à l'hôpital le 16 août 1938. Maçon.

Entre à l'hôpital de Montfermeil pour plaie infectée du pied et lymphangite.

Son état général est lamentable, il s'agit d'un gros homme pléthorique, éthylique avoué, le faciès est cyanosé, la dyspnée considérable, le cœur rapide et sourd, le foie gros et douloureux. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, la température est à 39°.

On note au niveau du cou de pied droit une vaste plaie atone datant de 8 jours environ, des traînées lymphangitiques remontant sur la face antéro-latérale de la jambe jusqu'au niveau de la région rotulienne. Les téguments de la face antérieure du genou sont œdématisés, indurés, très rouges et chauds, le gonflement débordant largement sur la région antérieure de la cuisse et débordant latéralement, la rotule est impalpable, la mobilisation impossible. La fluctuation est perçue sur une faible étendue des tissus prérotuliens.

Nous donnons d'emblée 6 comprimés de 693 à 0 gr. 50 quotidiens qui seront maintenus 6 jours de suite et des toni-cardiaques.

Dès le lendemain, la lymphangite a rétrocedé et la plaie du pied a meilleur aspect, une tuméfaction fluctuante se précise avec un maximum prérotulien l'inflammation diminue et tend visiblement à se localiser à la face antérieure du genou.

Le 18 août, une large incision verticale prérotulienne est pratiquée ; il s'en écoule un flot de pus jaunâtre, bien lié, sans odeur.

Le lendemain, l'état du malade est sensiblement le même. Dès le 5^e jour, une amélioration se dessine, les phénomènes inflammatoires diminuent et

la température atteint 37° le 15° jour. Nous avons, dès le 7° jour donné 4 comprimés de 693 quotidiens pendant 3 jours, puis 2 pendant 6 jours en raison des douleurs gastriques.

Nous arrêtons le traitement le 15° jour. A ce moment, il subsiste une vaste plaie prérotulienne par laquelle suinte quelques gouttes de pus, la région environnante est sur l'étendue d'une paume de main, chaude et douloureuse. La plaie du pied est cicatrisée.

Trois jours après l'arrêt du 693, la température est à 38°2, la plaie du genou suppure abondamment, nous prescrivons 4 comprimés quotidiens de 693 ingérés avec de fortes doses de bicarbonate de soude (9 à 10 gr.). Le 28° jour, après l'entrée la température est à 37°1, la plaie du genou comblée et le malade proposé pour la sortie.

II. — LYMPHANGITE.

Observation personnelle.

Malade déjà hospitalisée dans le service pour fracture ouverte de jambe droite au 1/3 inférieur. La plaie fut débridée le jour même ; les fragments rapprochés par 2 catgut chromés. De plus, plâtre. Cette malade reçut préventivement de la soluseptazine et guérit rapidement sans que la plaie suppure. Sort le 13 janvier 1937.

Par la suite, la malade suivie en ville par un médecin marche trop tôt, semble-t-il, et la plaie s'ouvre à nouveau vers mars-avril 37 et ne se referme pas depuis.

La malade entre à nouveau dans le service le 29 octobre 37 avec une lymphangite énorme, atteignant tous les deux tiers supérieurs de la jambe, jusqu'au creux poplité, sur toutes ses faces et des traînées lymphangitiques à la partie interne de la cuisse. Une adénopathie très importante inguinale droite, simplement inflammatoire, mais très douloureuse, se retrouve dans l'aîne.

Par ailleurs, langue sèche et un peu de subdélire.

La malade, entrée dans la matinée, vers 10 heures, reçoit immédiatement quatre comprimés de 1399 RP (0 gr. 50) et localement enveloppements humides alcoolisés. Le soir même, la lymphangite s'est étendue au creux poplité remontant vers le tiers inférieur de la cuisse la malade reçoit encore deux comprimés de 1399 R. P. (0 gr. 50) (six dans la journée). Le lendemain matin, la lymphangite a déjà décréu, la T° baisse, et dès le quatrième jour de traitement, il ne persiste qu'une teinte un peu érythémateuse de la peau du $\frac{1}{3}$ inférieur de la cuisse. La T° est normale. Quant à l'adénopathie inguinale, elle est beaucoup moins marquée, mais elle sera encore perceptible le 6 octobre, date de la sortie de la malade. Donc, lymphangite étendue du membre inférieur droit disparue en trois jours sous l'action de six comprimés par jour de 1399 R. P.

A noter que la malade a présenté dès le 3^e jour du traitement de la céphalée; le 4^e jour la céphalée augmente; le 5^e jour, apparition de nausées. On

interrompt le traitement le 6^e jour. Disparition des incidents en 2 jours.

III. — ADÉNO-PHLEGMONS. — ADÉNITES.

Obs. S... avec MM. PEREZ et TOUATI (30).

L'observation qui suit nous paraît des plus démonstratives de l'action des dérivés sulfamidés et nous avons nettement l'impression que sans eux, la terminaison de cet adénophlegmon aurait été des plus graves.

L'enfant S... Jacqueline, âgée de 5 ans 1/2, est envoyée le 21 janvier 1937 par son médecin pour une varicelle qui a évolué en même temps qu'une angine érythémateuse. Cette angine s'est accompagnée d'une grosse adénite de l'angle gauche de la mâchoire.

Le 22 janvier 1937, nous trouvons une enfant prostrée, au teint plombé, avec une langue sèche, une température entre 39° et 40°, un pouls rapide mais régulier à 140. On est tout de suite attiré vers une tuméfaction *énorme* du cou, tuméfaction diffuse prenant tout l'espace entre le menton et le sternum, diffusant un peu sur les joues et sur la partie postérieure du cou. Cette tuméfaction est violacée, infiltrée, d'une dureté ligneuse, bloquant la peau qui ne peut être mobilisée sur elle. Les mouvements de la tête sont impossibles, la palpation est très douloureuse ; on trouve dans la région sous-maxillaire gauche un orifice fistuleux par lequel s'écoule une sérosité jaune sale dans laquelle on trouvera de nombreux polynucléaires et

des streptocoques. Par contre, le trismus est relativement peu marqué l'enfant arrive à ouvrir la bouche et tire assez péniblement la langue, le plancher de la bouche n'est pas infiltré, il s'agit d'un phlegmon *sous-hyoïdien* ; il ne semble rien y avoir au-dessus du plan hyoïdien. Ce n'est donc pas une angine de Ludwig, mais c'est exactement le même tableau plus bas situé. Il n'y a pas d'otite, pas de signes mastoïdiens, pas de bacilles de Loeffler dans le nez ou la gorge. La leucocytose est à 23.400 avec 75 % de polynucléaires.

D'autre part, on trouve des traces de la varicelle associées à un érythème scarlatiniforme et les deux champs pulmonaires sont encombrés de quelques gros râles.

On pratique la désinfection du rhino-pharynx et aussitôt on commence la thérapeutique septazinée.

Cette enfant recevra des doses considérables ; au moins 8 gr. de septazine par jour, du 22 janvier au 11 février avec, les premiers jours, 20 cm³ de soluseptazine par voie intramusculaire : cette thérapeutique a d'ailleurs été très bien supportée. Il y a peu de changement dans l'état général le 23 et le 24, mais le 25 au matin, nous retrouvons cette enfant bien améliorée, l'œdème a diminué d'une façon notable, au lieu de la sérosité s'écoulant par la fistule il y a un pus verdâtre bien lié, et la peau se décolle à l'entour de la fistule. L'état général reste grave, la leucocytose a diminué. Les jours qui suivent, l'amélioration locale persiste et la région cervicale prend une forme à peu près normale.

Le 30 janvier on fait une contre-incision au-dessous de la fistule qui existait à l'entrée pour assurer un drainage au point déclive ; le phlegmon disparaît peu à peu, bien qu'il persiste pendant assez longtemps une infiltration dure, sous mentionnière, s'étendant un peu en arrière, mais l'aspect du cou s'est modifié considérablement sous l'influence de la thérapeutique, alors que l'enfant était arrivée dans un état très alarmant. Elle n'a plus au bout de quelques jours qu'une infiltration légère de la région cervicale avec deux fistules donnant un pus d'aspect normal.

La température a suivi une évolution semblable, elle a été un moment assez irrégulière (ceci peut-être sous la dépendance de rétention) pour se stabiliser enfin.

La polynucléose a diminué, mais l'on trouvait encore 1.000 globules blancs le 3 février 1937.

L'enfant a repris de l'appétit et est entrée en convalescenc, celle-ci s'effectue normalement.

2). Docteur MONOT.

T..., entré dans le service le 4 mai 1938.

Diagnostic : adéno-phlegmon du cou d'origine amygdalienne. En cours de traitement pour fracture de la rotule droite, fait une angine aiguë. Le 11 mai, on note une adénopathie cervicale d'allure phlegmonneuse. T° 39°2, pouls 100. Le malade est mis à la septazine à raison de 3 cc. par jour, pendant 10 jours. Le 17 mai, incision du phlegmon. Le 19 mai, malade apyrétique. L'examen bactériologi-

que du pus a montré du streptocoque hémolytique. Guérison, rapidement obtenue.

3). C..., entré dans le service le 13 avril 1938. Diagnostic : adénopathie inflammatoire sous-maxillaire droite.

Datant de 15 jours, consécutive à des lésions impétigineuses de la joue droite. A son entrée, T° : 38°8, pouls 90. On fait des pansements humides sur l'adénite, des bains de bouches répétés et des pansements à l'eau d'Alibour sur l'impétigo. On donne au malade cinq comprimés par jour de septazine pendant dix jours. L'adénite disparaît rapidement, sans suppuration. Sortie du malade le 27 avril après une hospitalisation de 14 jours.

IV. — ABCÈS DU SEIN.

Le Docteur MONOT nous en a communiqué une observation.

Mme L..., entrée dans le service le 5 mai 1938. C'est un abcès du sein gauche dont le début remonte à cinq semaines. Abcès intraglandulaire et abcès rétro-mammaire énorme à staphylocoques.

L'incision est faite le jour de l'arrivée. On fait des pansements humides au Dakin. On donne pendant cinq jours cinq comprimés à 0 gr. 50 par jour de septazine. L'affection évolue sans fièvre. On constate très rapidement une diminution de la suppuration, une sédation des symptômes fonctionnels pénibles : retour du sommeil. La rapidité de la cicatrisation, la cessation des phénomènes douloureux ont été remarquables.

* * *

— CONCLUSIONS : Les inflammations récentes sous l'influence des sulfamidés peuvent subir une résolution complète sans suppuration. Les infections déjà anciennes sont rapidement collectées et leur cicatrisation accélérée.

Les sulfamides sont un excellent complément de l'incision chirurgicale.

V. — INFECTIONS A ÉTAPES SUCCESSIVES.

Dans un article sur l'action des sulfamides, GOURNAY et LE BALC'H en rapportent quelques cas d'après des observations qui leur furent communiquées du service du Docteur PICOT, à l'Hôpital Saint-Louis, nous les reproduisons ci-dessous.

Obs. L. (Service M. PICOT).

Ce malade est admis dans le service le 19 avril 1936 parce que depuis plusieurs jours, il présente de la fièvre avec des poussées à 40 et un mauvais état général que rien ne semble expliquer.

Des phénomènes lombaires se précisent durant son séjour dans le service et le 1^{er} mai, on porte le diagnostic de *phlegmon périnéphrétique*. On injecte 2 cm³ de propidon, ceci n'amène pas de résultats et l'on intervient le 5 mai ; l'intervention entraîne une rapide chute de la température et le malade est dans un meilleur état général. Cependant, le 10 mai, la température remonte à 39°5 et s'accompagne de *signes pleuraux*, une ponction exploratrice donne une liquide louche dans lequel

on trouve du streptocoque. Le 23 mai, on retire 500 cm³ de liquide séreux contenant toujours du streptocoque ; à la suite de cette ponction, la température descend et le malade paraît amélioré. Mais le 25 mai, il se plaint de *douleurs abdominales*. L'abdomen est ballonné, on trouve une submatité mobile dans la partie inférieure, le malade n'émet pas de gaz et la température recommence.

On se trouve donc en face d'un troisième épisode streptococcique chez un malade suppurant depuis plusieurs semaines sans que les interventions arrivent à arrêter définitivement l'évolution de cette streptococcie à foyers multiples. On prescrit alors les corps sufamidés et après 5 jours de 40

P. (3 à 4 gr. par jour) l'état du malade reste stationnaire, il a de la diarrhée, des crises de ballonnement qui cèdent à l'atropine mais il s'alimente malgré le liquide pleural et abdominal. Pendant 15 jours, la température reste aux alentours de 38° jusqu'au moment où le malade signe sa feuille et est emmené par sa famille dans une clinique privée.

Obs. S... — (Service M. PICOT)

M. S..., entre le 14 décembre 1936 dans le service pour une plaie contuse du médius gauche, au niveau de la première articulation inter-phalangienne avec écrasement, due à une blessure professionnelle datant du 27 novembre 1936. L'examen clinique et radiographique montre qu'il y a en outre une arthrite suppurée inter-phalangienne.

Les jours qui suivent évolue un abcès de la ré-

gion dorsale du médus s'étendant vers la main, on pratique une incision qui trouve un tendon extenseur écrasé et sphacélé. Malgré l'incision, les phénomènes locaux et généraux, très marqués, continuent.

On se décide, le 20 décembre 1936 à faire une désarticulation de la première phalange du médus mais malgré cela la température continue à augmenter et apparaît un énorme phlegmon de l'avant-bras avec lymphangite de tout le bras, adénopathie épitrochléenne et axillaire et très mauvais état général au point que l'on discute une amputation de l'avant-bras.

Le 24 décembre, on commence la thérapeutique sulfamidée (2 à 3 gr. par jour) ; à ce moment, la fièvre baisse, la lymphangite rétrocede, le phlegmon se localise, la température peu à peu redevient normale, on fait une contre incision le 5 janvier.

La courbe ci-dessous illustre bien le fait que les corps sulfamidés ont fait tomber la température alors que la désarticulation n'y était pas parvenue.

Obs. B... (Service de M. Picot).

Le malade entre dans le service de M. Picot le 10 mars 1936 avec une histoire assez longue :

Le 30 janvier, il avait été opéré d'une mastoïdite dans le service d'oto-rhino-laryngologie, on a fait une large dénudation de la méningite et du sinus latéral très procident. Cette intervention a été suivie d'un bon résultat immédiat, mais le 20 février, la température reprend et le 23 le malade a des

frissons. Le 24 on intervient de nouveau, on ne trouve rien d'anormal.

Le 28 février, ce malade présente un abcès métastasique de la face externe du pied; à la ponction, on trouve du pus à streptocoques et l'on fait une incision. L'incision donne issue pendant plusieurs jours à du pus en même temps qu'évolue une arthrite sous-jacente et le malade est alors passé dans le service de chirurgie.

On trouve, en effet, le 10 mars, une arthrite suppurée tibio-tarsienne droite et le 12 mars on pratique une astragalectomie de drainage. le pied est mis dans des attelles métalliques et plâtré. La température descend après l'intervention, mais 5 jours après recommence à osciller.

Le 26 mars, on fait une contre-incision postéro-interne, cependant la température oscille toujours entre 37°4 et, à son maximum, 39°5.

Le 30 mars, on commence le traitement par le 46 R. P. à 1 gr. 50 par jour; peu de jours après, la courbe thermique se stabilise, l'état local s'améliore. Le malade continue le traitement pendant 27 jours encore et il pourra sortir, cicatrisé, deux mois après le début du traitement.

SNYERS (17) rapporte le cas d'une septico-pyohémie avec suppurations multiples, méningite, mastoïdite, arthrite purulente du pouce droit, arthrite séreuse du genou, ostéite tibiale, qui guérit par les sulfamides.

Julien HUBER, FLORENT et DUPERRAT ont communiqué à la Société de Pédiatrie l'observation

d'un garçon de douze ans chez qui apparaît immédiatement après une angine banale une septicémie à streptocoques hémolytiques avec foyer de la base droite et arthrite tibio-tarsienne droite. Le 12^e jour de la maladie, alors que l'état du malade semble désespéré, on donne par la bouche 4 comprimés de para-amino-phényl-sulfamide, puis le lendemain et tous les jours, huit comprimés. L'amélioration est immédiate et remarquable. La pleurésie purulente de la base droite devient amicrobienne, puis cesse d'être purulente pour apparaître séro-fibrineuse et se résorbe enfin en laissant une poche gazeuse enkystée.

L'enfant qui pesait 35 kg. 900 a reçu du 28 août au 10 octobre 155 gr. du produit sans aucun signe de défaillance hépato ou rénale.

D'après ces observations, dans les suppurations successives, les sulfamides constituent un remède efficace qui arrête les rechutes successives et localise les suppurations amenant l'évacuation du pus dans de bonnes conditions si l'on doit intervenir chirurgicalement, et la guérison.

IX. — INFECTIONS UTERINES

POST-ABORTUM

L'usage des dérivés sulfamidés dans l'infection puerpérale a été très étudiée depuis que cette médication est passée dans la pratique courante et cette année même, une thèse faite à Marseille, par STEFANAGGI (15) traite des applications de para-phényl-amino-sulfamide et des corps voisins en gynécologie. C'est pour ces raisons que nous avons voulu nous limiter aux infections utérines post-abortum. Notre pratique hospitalière, si limitée qu'elle ait été, nous a permis d'en voir un nombre assez important et nous nous proposons de donner les observations des cas les plus caractéristiques parmi ceux que nous avons observés.

Auparavant, nous citerons quelques-uns des auteurs qui ont fait des publications sur cette question : LAMBILLON et LEJEUNE (27) ont donné à une avortée sur deux de la sulfamide. Nous les citerons :

« La thérapeutique par les dérivés sulfamidés, disent-ils, semble couper les phénomènes infectieux; elle amène un rapide retour de la température à la normale dans les jours qui suivent le début

du traitement; il est plus rare de voir la température dépasser ou même égaler celle que présentait la malade à son arrivée. S'il survient des complications telles qu'un abcès du Douglas ou un abcès de l'ovaire, celles-ci évoluent avec un minimum de symptômes subjectifs et en l'absence de température. Il nous semble que la médication favorise les localisations des infections et leur passage à la suppuration. »

Ces mêmes auteurs reproduisent dans l'article auquel il est fait allusion trois observations types marquant la tendance à la localisation.

M. RAVINA a relaté dans la médecine dès Avril 1936 un cas d'avortement provoqué qui avait reçu entre autres thérapeutiques du rubiazol et dont l'évolution avait été fatale. Les recherches de laboratoire mettaient en évidence le streptocoque. Or, une hystérectomie avait été pratiquée; il s'agissait d'infection gangréneuse. L'auteur pense que, malgré les apparences, il n'était pas illogique d'incriminer le perfringens.

Le docteur LABESSE a publié trois cas (29) d'infection post-abortum soignés avec l'aide d'un dérivé du para-amino-phényl-sulfamide. Le premier cas concerne une fausse couche provoquée de 3 mois. La température après l'avortement est à 38°. Le rubiazol la fait descendre à la normale. Dans le second cas, il s'agit d'une fausse couche de deux mois pour laquelle le curetage avait été refusé; la température se maintenait élevée, grâce aux sulfamides elle redevint normale et l'on put

intervenir enfin et vider l'utérus dans les meilleures conditions.

Le troisième cas montre un état fébrile post-abortum qui, n'ayant pas cédé au chlorhydrate de sulfamido-chrysoïde céda facilement à un autre sulfamidé : la septazine.

M. GOURNAY et LE BALC'H citent vingt cas d'avortement (30) traités par la benzyl-amino-benzène para-sulfamide ou septazine, ceux-ci n'ont été suivis d'aucune complication et nous donnons ci-dessous trois observations prises d'après l'article de ces auteurs.

Obs. Ob... (Service du D^r BUSSEY).

Cette femme fait une fausse couche provoquée de 2mois 1/2 le 21 septembre. Le soir même : frissons et 38°8, le lendemain 39°, un peu de sang. Les jours suivants, la température cesse, le 23 a lieu l'expulsion du fœtus suivie de celle du placenta avec hémorragie abondante. Les jours suivants, la température reprend et atteindra 39°5, ceci s'accompagnant de pertes fétides.

La veille de son arrivée à l'hôpital l'état s'aggrave (délire, céphalée, agitation, soif) et la femme arrive le 27 octobre avec une fièvre de 39°7; elle est pâle, dans un mauvais état général, elle saigne encore, le col est perméable, on met de la glace sur le ventre et on pratique une injection de sérum antistreptococcique, malgré cela la température persiste et l'on fait une révision utérine le 29 septembre. Celle-ci est suivie d'un grand frisson de 20' pendant lequel on fait une hémor-

culture qui restera négative. On commence le traitement par la soluseptazine, le lendemain de la révision utérine la température monte à 40° 4, mais descend dans la nuit à 37°. On continue toujours la thérapeutique septazinée.

La femme quitte l'hôpital le 8 octobre apyrétique; elle est revue le 20 octobre 1936 en bon état.

Observation. — Mme M... Marguerite (Service du Dr Busser).

Cette femme a expulsé le 5 octobre, un fœtus de deux mois environ, depuis il y a des pertes séro-sanguinolentes fétides, la température, le col utérin est mou, ouvert, admettant la première phalange de l'index, le corps est gros, il n'y a rien d'annexiel.

On fait le jour même une révision utérine et une injection intra-utérine d'eau bouillie chaude dans laquelle on met 4 ampoules de soluseptazine et l'on commence en même temps le traitement buccal par la septazine. Le lendemain encore quelques pertes, mais la température est normale, l'évolution se fera sans incident.

Observation. — Mme Dz...

Dans la nuit du 2 au 3 octobre, cette femme fait une fausse couche de trois mois. Les jours qui suivent apparaissent des pertes séro-sanguinolentes et la température monte pour atteindre à l'entrée 40° 3 avec un pouls à 140.

L'utérus est gros, mou et le col entr'ouvert, on

fait immédiatement un curetage et une injection intra utérine d'eau bouillante chaude dans laquelle on met trois ampoules de solupseptazine en même temps qu'on institue le traitement buccal et intraveineux. Le lendemain, la température est à la normale, la suite de l'observation ne montre rien de particulier.

M^s J. MICHAUX, Mlle PELLETIER (31), M. FICHEUX rapportent qu'ils ont donné un dérivé sulfamidé, le 109 M à 5 malades qui venaient de faire des fausses couches infectées; les suites ont été tout à fait satisfaisantes.

Nous n'avons jamais fait de thérapeutique sulfamidée systématique aux femmes soignées pour fausse couche, mais nous en avons fait à quelques infectées avec des résultats excellents.

Dans un cas où la manœuvre abortive était avérée et où en plus existait une infection urinaire à colibacilles, nous avons eu l'impression d'avoir empêché l'avortement. Nous donnons ici l'observation de ce cas.

La malade RIE..., 21 ans, entre à l'hôpital le 28 juin. Sort le 6 juillet.

Elle présente, lorsque nous l'examinons, lors de son arrivée dans le service, les symptômes suivants : température à 39°, douleurs abdominales survenant par crises, état « infecté » avec pâleur, langue sale, constipation et frissons.

Une tentative d'introduction d'eau savonneuse par le col utérin aurait été faite. Les urines sont troubles et de 500 cm³ quotidiens en volume.

L'abdomen est douloureux à la palpation sus-pubienne.

An toucher, on sent un utérus correspondant à une grossesse de deux mois; le col est mou à son extrémité, le cul-de-sac gauche est douloureux. Nous prélevons, des l'entrée, du sang en vue d'une hémoculture, il poussera du colibacille après repiquage et 48 heures d'étude.

Nous prescrivons d'emblée un sulfamidé, donné aux doses suivantes, en cachets de 0 gr. 50 :

	6 cachets pendant 3 jours,			
	5	—	—	2 —
1 ^{er}	4	—	—	2 —
	3	—	—	2 —

et vessie sur l'abdomen.

Dès le 1^{er} juillet, la température est descendue à la normale.

La malade est sortie le 6 juillet, guérie.

Outre l'hémoculture, les examens suivants avaient été pratiqués :

Le 31 juin : Urines.

limpides,

cellules épithéliales,

rare bacilles gram positifs (cutis communes),

absence de colibacille.

Le 31 juin : Numération globulaire, taux d'hémoglobine.

hématies 3.760.000 100 % (Hellige)

leucocytes 6.000 val. globul. : 1,1

Formule leucocytaire

Polynucléaires 66 %	neutro	66
	éosino	0
	baso	0
Mononucléaires 34 %	lympho	3
	grands mono	11
	moyens mono	20

Le 4 février : Réaction d'Ascheim Zondeck.

Positive.

Dans un autre cas d'avortement où la température et l'état général n'avaient pas été améliorés par le curetage, nous avons obtenu la guérison complète en quelques jours par les sulfamidés.

T... Marie, 26 ans, entre à l'hôpital de Montfermeil le 17 novembre. Il s'agit d'un avortement de deux mois et demi environ, depuis la veille, la malade a présenté d'abondantes hémorragies utérines, des douleurs abdominales et lombaires. Le col utérin est entr'ouvert et mou, l'utérus gros et douloureux.

La malade est curetée sous anesthésie générale; on ramène très aisément à la grande curette un placenta presque entier; la cavité utérine est vérifiée et écouvillonnée avec une compresse. Il semble que les suites opératoires ne doivent donner lieu à aucune surprise. Or, dès le premier jour, la température monte à 38°5 et par larges oscillations, le 3^e jour, elle est à 39°8. La malade présente un aspect infecté, l'utérus est mou et indolore, le col ouvert ainsi que le montre un toucher prudent que

nous nous hasardons de faire le 3^e jour; la malade a des pertes extrêmement fétides.

Nous donnons du Dagénan du 20 au 24 novembre inclus :

- pendant 2 jours 6 comprimés de 0 gr. 50,
- pendant les 2 jours suivants 5 comprimés,
- pendant 1 jour, 4 comprimés.

Dès le 5^e jour, la température tombe à 37°7 et se maintiendra ensuite à la normale; en deux jours, l'état local est très amélioré.

Le 8^e jour de l'hospitalisation, elle est sortie en excellent état général et local; arrêt des pertes, col fermé, apyrexie.

Dans l'observation suivante, où l'infection était particulièrement marquée, les sulfamides à notre avis, ont très favorablement influencés l'évolution vers la guérison.

TE... Marie, 26 ans, entrée à l'hôpital le 23 août, sortie le 28 août.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, présentant un retard de règles de trois semaines, elle avait dû s'aliter et appeler son médecin; elle avait d'abondantes métrorragies et des douleurs lombaires. Puis tout semblait, pendant quelques jours, s'être arrangé, aux dires de la malade. Cependant, quand nous la voyons, elle a une température au tour de 39°, des frissons et un aspect profondément « infecté ». Le ventre est douloureux, l'utérus gros et douloureux, le toucher vaginal nous fait sentir un col mou à son extrémité, l'orifice externe à peine perméable à l'index.

Nous pratiquons un curetage après dilatation aux bougies. Nous ramenons avec la curette quelques rares débris placentaires fétides. Nous posons un drain de Mouchotte qui sera retiré le lendemain et quatre comprimés de rodilone quotidiens pendant trois jours sont prescrits.

Dès le lendemain, la défervescence se dessine et le 28 la malade sort dans un état général excellent avec une température normale, un utérus indolore.

Nous citerons enfin deux observations intéressantes chacune les suites éloignées d'un avortement.

Chez ces deux malades, l'élément douleur et les pertes vaginales ont été très heureusement modifiées par la thérapeutique sulfamidée.

PR... Henriette, 33 ans.

Entrée à l'hôpital le 20 décembre.

Sortie le 1^{er} janvier suivant.

Cette malade se plaint de douleurs violentes durant depuis plusieurs mois, exactement depuis un abortum suivi d'infection utérine, mais depuis quelques jours, ces douleurs sont particulièrement violentes.

A l'examen, on note les symptômes suivants : douleurs avec hyperesthésie cutanée à la palpation de la région sus-pubienne et des fosses iliaques. Toucher vaginal combiné au palper : gros utérus, très gros col douloureux lorsqu'on essaie de le mobiliser, culs-de-sacs tendus et douloureux.

La température est normale.

Examen du sang du 21 décembre

Globules rouges 4.000.000

Globules blancs 8.600

Des frottis du pus prélevé au niveau du col, en très grande abondance, donnent les résultats suivants : on note de nombreux polynucléaires utérés de rares cellules épithéliales et de nombreux diplocoques, gram positifs et négatifs. Recherche du gonocoque négative. *Culture* : staphylocoque.

La malade reçoit du 20 décembre au 1^{er} janvier 23 gr. de Dagénan échelonné comme suit (en comprimés à 0 gr. 50) :

- 6 comprimés pendant 3 jours : vomissements, gastralgies ;
- 5 comprimés pendant 2 jours : pas d'accidents ;
- 4 comprimés pendant 2 jours : pas d'accidents ;
- 3 comprimés pendant 2 jours : pas d'accidents ;
- 2 comprimés pendant 2 jours : pas d'accidents.

Progressivement, la température restant toujours proche de 37°, les douleurs ont disparu, le toucher est devenu possible sans aucune douleur, l'utérus étant mobile sans aucune douleur, les culs-de-sacs vaginaux souples, indolores. L'écoulement purulent du col a disparu, cependant ce dernier est resté gros.

Le 1^{er} janvier, la malade est sortie dans un état général et local parfait.

Autre examen de laboratoire : réaction de Ascheim-Zondeck négative.

M. Q... entre le 7-6 dans le service de chirurgie de l'hôpital de Montfermeil. Elle s'est présentée

à la consultation pour des douleurs abdominales.

C'est une femme de 28 ans, en excellent état général. Elle a eu il y a trois ans un enfant à terme avec un accouchement normal; il y a deux ans, une fausse couche; il y a un an une seconde fausse couche. Depuis ce dernier accident, elle a eu constamment des règles irrégulières, espacées, des pertes vaginales purulentes par intermittence.

Actuellement, elle n'a que des pertes très peu abondantes, quelques taches quotidiennes sur le linge ; elle a eu ses dernières règles le 18 mai, très écourtées et douloureuses. Elle se plaint surtout de douleurs abdominales incessantes s'exagérant à la fatigue.

A l'examen, le ventre est souple, on trouve deux points particulièrement douloureux dans les deux fosses iliaques, bas situés. Au toucher vaginal, les deux culs-de-sac latéraux sont douloureux, surtout à droite; le col est irrégulier, un peu gros, l'utérus de volume sensiblement normal, la mobilisation du col est légèrement douloureuse.

La malade recevra en tout et pour tout comme thérapeutique cinq comprimés quotidiens de rodi-lone pendant 5 jours, puis quatre comprimés pendant 2 jours. Une vessie de glace est gardée sur le ventre. Rapidement, les douleurs abdominales s'atténuent, le palper abdominal et le toucher vaginal deviennent à peu près indolores. Le cul-de-sac vaginal droit et la fosse iliaque droite restent cependant sensibles, les pertes disparaissent. Cependant, dès le 12-6 la malade a les lèvres

cyanosées et se plaint de douleurs au niveau du membre inférieur droit. Le mollet est douloureux ainsi que le trajet des vaisseaux fémoraux. Nous immobilisons le membre et cessons le rodilone du 15 au 17-6 inclus. Ces accidents disparaissent rapidement et nous ne laissons même pas l'immobilisation du membre inférieur droit.

Dès le 18-6 jusqu'au 22, nous donnerons à nouveau 2 comprimés quotidiens de rodilone, puis cinq comprimés pendant 2 jours, puis jusqu'à la fin du séjour cinq comprimés de septazine quotidiens.

Du 22 au 26, la malade a ses règles. A dater du 18, sans autres accidents que ceux mentionnés et qui ne se renouvellent plus, progressivement toute douleur disparaît et c'est une malade parfaitement guérie qui sort le 30 juin.

Examens de laboratoire :

Le 8-6-38 : réaction d'Ascheim-Zondeck négative.

Le 10-6 : numération globulaire et formule leucocytaire demandées. Réponse :

Globules rouges 4.920.000

Globules blancs 4.800

Le 10-6 : sédimentation des hématies : en 1 h. 12 m. (Westergreen).

Dans tous ces cas, nous avons employé des dérivés incolores, soit le Dagénan, soit le rodilone.

* * *

En somme, dans une observation nous avons probablement évité un avortement, deux fois nous

avons rapidement amené la chute de la température et la guérison chez des femmes profondément infectées.

NOUS EN CONCLUERONS QUE LA THÉRAPEUTIQUE SULFAMIDÉE PEUT RENDRE DE TRÈS GRANDS SERVICES DANS LES INFECTIONS POST-ABORTUM RÉCENTES. Employée tôt, elle peut faire obtenir une guérison complète. Sinon (LAMBILLON et LEJEUNE) elle favorise l'évolution vers la localisation et prépare à une intervention si celle-ci est nécessaire.

Dans le cas cité par M. RAVINA, l'insuccès a été complet mais comme le fait remarquer l'auteur, on peut soupçonner qu'il s'agissait de *perfringens*. Il n'est pas de cas à notre connaissance où ce microbe ait été influencé par les sulfamidés.

Notons enfin à propos d'une observation personnelle citée que lors d'un traitement par les dérivés sulfonés, nous avons pu, un instant, sur quelques signes, craindre l'apparition d'une phlébite. Lorsqu'il s'agit de streptocoque, la thérapeutique peut échouer. P. GELLE et PATOIR ont publié dans la revue française de gynécologie le cas d'une septicémie streptococcique qui évolua vers la mort, malgré une thérapeutique sulfamidée.

X. — COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Nous étudierons quelques résultats obtenus sur des broncho-pneumonies, des congestions pulmonaires, consécutifs à l'anesthésie et les suppurations des plaies opératoires, une plegmatia alba dolens.

Nous citerons deux observations personnelles de complications pulmonaires.

Obs. N° 1.

M. DEF..., 61 ans.

La maladie débute le 28-2-39. Début du traitement, le 3-3-39.

Hernie inguinale droite, hernie directe. Excellent état général.

Champs pulmonaires absolument normaux. Tension au Pachon 16-9.

Dès le soir de l'intervention (cure radicale de hernie) qui a lieu le 28-2-39, sous anesthésie générale à éther, la température s'élève à 38°. Dès le lendemain, on note des râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires, une toux sèche, douloureuse, sans expectoration. Le 2-3, un foyer de condensation pulmonaire est constitué à

la base gauche, la matité remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate. On perçoit à ce niveau un souffle de timbre tubaire et des râles crépitants.

Le 5-3, la température est à 37°9; on note toujours l'important foyer à la base gauche. Les vibrations de la voix sont perçues diminuées à ce niveau, le souffle perçu précédemment a pris un timbre plus doux; il est à prédominance expiratoire. Craignant la formation de liquide, nous pratiquons une ponction thoracique exploratrice, sans résultats.

Dès ce jour, la température commence à descendre. Le 6-3, elle est normale. Les signes physiques disparaissent eux aussi progressivement, mais subsistent quelques jours après la chute thermique.

Le malade a reçu à compter du 2-3 8 ampoules de 3 cm3s de 693 intra-musculaire à 33 %.

Evolution de la plaie opératoire sans incidents.

Obs. N° 2.

N..., maçon, subit une laparatomie exploratrice. Les jours suivants, congestion pulmonaire généralisée avec agitation, température à 40°. Eventration à travers la plaie opératoire. On donne 1 gr. par jour de sulfamide intramusculaire (693). Après avoir refait la paroi, rapidement, sous évipan.

En quelques jours, la température est normale.

Nous avons trouvé dans la littérature médicale écrite sur les sulfamidés quelques cas de suppuration pariétale.

SNYERS (17) a publié deux observations. Dans un

cas, il y avait suppuration autour d'un anus artificiel avec désunion, des germes extrêmement variés avaient été trouvés dans la paroi (flore à type intestinal, présence de streptocoque).

Quarante-six grammes de sulfamidés furent donnés en 26 jours et l'on obtint la cicatrisation. Il signale en outre une cicatrisation de plaie opératoire pour kyste de l'ovaire terminé par la guérison avec le même traitement.

Deux observations personnelles montreront des résultats identiques.

Observation n° 1.

Henri G..., 11 ans, entre 13/3/1938 à l'hôpital de Montfermeil pour une appendicite aiguë. La première crise appendiculaire dont il se soit plaint remonte à 11 h. environ. Il a ressenti brusquement de violentes douleurs abdominales accompagnées de nausées sans vomissements.

A l'examen, on note une contracture douloureuse de la fosse iliaque droite, un point de Mac Burnay très douloureux, température à 38°, pouls 100 à la minute.

Il est opéré d'urgence, à l'ouverture du péritoine liquide louche, séreux; appendice en battant de cloche. Appendicectomie au thermocautère sans enfouissement — paroi en trois plans agrafes sur la peau, sans drainage.

Dès le lendemain, la température descend le matin à 37°. Pendant quatre jours, elle oscillera légèrement autour de 37°4.

Le petit malade ne souffre en aucune façon.

Le 19/5 au matin, il se plaint de douleurs au niveau de l'incision opératoire qui est chaude, très sensible à la pression. Cet état s'accroît et le 21 et le 22/5 la température est à 39°2. Nous avons systématiquement, et chaque jour, examiné l'enfant pour trouver la cause de cette ascension thermique. La seule note clinique anormale semble être donnée par l'aspect de la plaie opératoire.

L'enfant a reçu le 20 et le 21 deux comprimés de rodilone, le 22, 23 et le 24 un seul comprimé.

Dès le 23 au matin, la température était redevenue normale, ainsi que la plaie opératoire qui était parfaitement indolore.

Il semble bien que le rodilone nous ait évité une suppuration de la paroi.

Observation N° 2.

S... Madeleine, fait une suppuration de la paroi abdominale sur une cicatrice d'hystérectomie récente. Température à 39°. Infiltration diffuse de la plaie. On donne à doses décroissantes 15 gr. de 693 au total. Dès le 3 jour, la température est normale et la plaie en bon état.

Quant aux phlébites, nous citerons une seule observation.

H... Adèle, après une intervention sur le petit bassin, le 21 avril, suivie de périnéoraphie, fait, le soir de l'intervention, une poussée thermique.

Dès le 6^e jour, la température est à 40°. On lui donne jusqu'au 10 mai, au total, trente-six gram-

mes de rodilone. Le trente avril, la malade se plaint de douleur au niveau du membre inférieur droit, un œdème débutant à la cuisse augmente de volume ce membre qui va devenir énorme.

Le 3 mai, la température qui était descendue le 30 avril à 38°5 remonte à 40°. La femme a des pertes purulentes. Il s'agit d'un hématome infecté de la cloison recto-vaginale.

Du 5 au 10 mai, la température se maintiendra aux environs de 38°; sous l'influence du traitement chimiothérapique, tout semble devoir rentrer dans l'ordre.

Le 10 mai, en raison de la cyanose des lèvres, on descend la dose de rodilone à 0 gr. 50 par jour. Dès le lendemain, la température, les signes de début d'une autre phlébite commencent sur l'autre membre à se manifester. A ce moment, cependant, la température va descendre progressivement.

La malade est sortie le 3 juin avec une ankylose considérable des genoux, des troubles trophiques très accusés aux membres inférieurs.

En somme, observation qui nous paraît instructive puisqu'elle montre chez une malade ayant reçu longuement des sulfamidés l'évolution de deux phlébites successives dont l'évolution ne fut pas raccourcie ni les séquelles amoindries par le traitement.

* * *

D'après ces quelques observations, il semble que l'on peut conclure :

— que, sur les accidents post-anesthésiques pulmonaires l'action des sulfamidés est favorable ;

— que, sur les suppurations pariétales, locales, elle hâte la cicatrisation ;

— sur les phlébites, cette action nous parut ne pas s'exercer dans un cas.

Nous ne possédons qu'un exemple, c'est insuffisant pour conclure.

CONCLUSIONS

I. — L'action des sulfamides est d'autant plus active qu'il s'agit de lésions où la circulation sanguine est elle-même active et permet un apport suffisant du produit employé.

II. — Sur des lésions inflammatoires récentes, l'action des sulfamides est maximum; on peut obtenir la résolution complète ou une localisation rapide.

III. — Quand il existe une rétention purulente importante, ils sont impuissants à la faire disparaître. L'acte chirurgical est indispensable, les sulfamides n'ont qu'un rôle adjuvant, localisant les lésions et en favorisant l'évolution post-opératoire.

IV. — Il faut les donner à doses importantes d'emblée, et décroître progressivement, mais continuer autant que possible jusqu'à guérison complète. Un arrêt trop hâtif peut amener une recrudescence rapide de l'infection (cf. observation II, chap. 1, para b).

V. — Les sulfamides ont une action polyva-

lente; en outre, en cas d'insuccès avec l'un d'eux, il faut tenter l'essai d'un dérivé à formule différente de celle du produit initial.

VI. — Dans les pleurésies purulentes, la médication sulfamidée est souvent efficace. Sur les pleurésies à streptocoques, son action est particulièrement intéressante. Sur 35 cas d'épanchements streptococciques réunis dans cette étude, vingt-cinq ne furent pas opérés; huit le furent, mais dans de meilleures conditions qu'on ne pouvait l'espérer; deux fois, les sulfamides après l'intervention complétèrent heureusement l'action de la pleurotomie. Sur une pleurésie à pneumocoque seulement, nous eûmes un résultat favorable. Dans les deux autres cas, une fois l'affection évoluait sur un très mauvais terrain, une autre fois, la malade pleurotomisée et en voie de guérison mourut de complications tardives.

VII. — Sur les abcès du poumon l'effet des sulfamidés est inconstant.

VIII. — Dans les cas d'appendicites aiguës, les sulfamides ne doivent pas faire surseoir à l'intervention. Leur action abrège l'évolution des abcès appendiculaires. Dans les péritonites aiguës, leur action serait favorable (COKKINIS).

IX. — Sur les cholécystites, l'action n'est que palliative.

X. — Sur les ostéomyélites aiguës : dans quelques-unes, ils ont permis la guérison complète sans intervention, dans la majorité des cas, ils ne sont qu'un complément de l'acte chirurgical.

XI. — Sur les ostéomyélites chroniques, l'action des sulfamides est très faible, sauf en cas de poussée aiguë.

XII. — Sur les affections osseuses, bacillaires, cette action est nulle, sauf en cas de surinfection.

XIII. — Dans les cas de fractures ouvertes, les sulfamides semblent un préventif utile de l'infection. Dans un cas, ils agirent favorablement sur un foyer ancien très infecté.

XIV. — Sur les furoncles et anthrax, l'action nous paraît favorable.

XV. — Sur les plaies traumatiques : dans un cas il nous semble avoir agi préventivement avec les sulfamides, de manière très efficace dans les plaies infectées, leur action est indiscutable dans certains cas.

XVI. — Les sulfamides n'agiraient efficacement sur les affections des mains que dans les cas d'infections streptococciques, moins bien s'il s'agit de staphylocoque (25).

XVII. — Sur les infections du tissu cellulaire sous-cutané, les infections du système lymphatique et ganglionnaire, l'action des sulfamides est favorable.

XVIII. — Sur les abcès mammaires, action efficace, mais comme complément de l'incision.

XIX. — Sur les complications post-opératoires :

— pulmonaires : action très efficace,

— pariétales : action adjuvante,

— veineuses : action nulle dans un cas.

XX. — Infections post-abortum : les sulfamides peuvent être très utiles.

Vu :

Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu :

Le Président de thèse,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 — LÉON TIXIER et Marcel ECK. — Bulletin de la Société de Pédiatrie, N° 7, Octobre 1936.
- 2 — BARBIER. — Société Médicale des Hôpitaux de Paris, S. du 24 Mars 1936.
- 5 — M. G. LE MER, R. LISCOET. — Pleurésies purulentes. Revue Médicale de Nancy, 4 août 1936.
- 4 — BADOLLE et DUBOIS. — Pleurésie purulente traitée par le rubiazol, guérison. Société médicale des Hôpitaux de Lyon, S. du 19/11/37 « In Lyon médical », N° 12, 21/3/37.
- 5 — M. G. LE MER, R. LASCOET. — Pleurésies purulentes à strepto, traitées par le rubiazol. S. de médecine militaire française. S. du 13 mai 37 (N° 5, Mai 1937, Lyon Médical).
- 6 — De SÈZE. — Traitement des pleurésies purulentes à strepto, par le P: Amino-Phénylsulfamide. S. méd. des Hôp. 4/6/38.
- 7 — MARQUEZY, LAUNAY, Mlle MAGE, PERROT. Société de pédiâtrie 18/10/38. La Presse médicale n° 89. 5/11/38, p. 1633.

- 8 — LÉVY-VALENSI, DE SÈZE, IMBONA. — Pleurésie purulente à strepto, guérie médicalement par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. S. Méd. des Hôpitaux. S. du 1^{er} Juillet 38. In Bulletin et Mémoires N° 24 1938, p. 1.198, 1.200.
- 9 — M. B. WEILL-HALLÉ, Mlle LAUTMANN et M. R. COCHEMÉ — Sté de Pédiatrie, 5 Juillet 1938. « In Presse Médicale », N° 73 du 10/9/38, p. 1.350. Pleurésie P. à strepto. hémolytique. Guérison rapide par le sulfamide.
- 10 — A. GERMAIN, LE GALLOU et MORVAN. — Pleurésie médiastine droite et de la grande cavité, à strepto. Guérison par les dérivés sulfamidés. Sté Médicale des Hôpitaux 14/10/38. « In Presse Médicale »; N° 84, 19/10/38, p. 1.541.
- 11 — LAFFERRE, LONGUET. — Lyon médical, 27/11/38. Le traitement exclusivement médical des pleurs. pur., à strepto, par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine.
- 12 — GAILLARD. — Sté de Médecine militaire française, Bulletin du 13/5/37. N° 5.
- 13 — TILING. — Empyembehandlung mit Pronto-sil. Communiqué à la Sté de Pédiatrie de Berlin 8/5/36. In Münchener Medizinische Wochenschrift, 1936, N° 23, p. 952.
- 14 — J. L. BROWN. — British medical Journal, 5/6/37, p. 1.157.

- 15 — STÉFANAGGIN. — Thèse Marseille 1939.
- 16 — W. BRUNAT. — Le traitement des pleur. purulentes de la grande cavité chez l'enfant. Le Praticien de Lyon et de la Région, N° 3, septembre 36.
- 17 — SNYERS. — Liège médical, 7/6/36.
- 18 — NICHODDSON. — The British Médical Journal. N° 4.019, 15/1/38, p. 115-117.
- 19 — MURPHY et FRERE. — Southern medical journal. November 1938, p. 1.136; in The journal of american medical association. Vol. III, n° 24, 1938, p. 2244-2245.
- 20 — BALLON et GOLDBLOOM. — Journal of american medical association. Vol. 110, 19/2/38.
- 21 — SOURDAT. — La Picardie médicale, mai 1936, N° 5.
- 22 — Alex MICHEL. — British medical journal 12/10/38.
- 23 — Bulletin de médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest. Séance du 19/1/38. In Bulletin et Mémoires, N° 1 ; 1/1938.
- 24 — WEIDEKAMP. — Deutsche medezinische Wochenschrift. — 64, 854-56, 10/6/38.
- 25 — COKKINIS. — British medical journal 1938. 22 et 29 octobre, p. 901.
26. — BOHLMAN — Journal of American Association. July 24, 1937.

27. — LAMBILLON et LEJEUNE. — Action des dérivés sulfamidés dans les infections du post-abortum et post-partum (Rubiazol). Bruxelles médical 25/10/38.
28. — RAVINA. — La Médecine. Avril 1936. A propos des avortements mortels.
29. — LABESSE. — Trois cas d'infection post-abortum. La Gazette médicale limousine. Avril 1937.
30. — GOURNAY et LE BALC'H. — Biologie médicale. Supplément 1937. Vol. XXVII.
31. — J. MICHAUX, Mlle PELLETIER et FICHEUX. — Sté de thérapeutique. S. du 11 mai 1938. In bulletin general N° 5, 1938, p. 92-99.
32. — K. BOLHAND. — Fortschr. therap. 1938, p. 358, N° 7.
33. — LAMERS. — In Münchener Wochenschrift medezinische. 1938, N° 19, p. 700. Beitrag zur Kenntnis der Herpes Koster.
34. — SIGEL. — Fortschr. therap. 1936, N° 4, In Med. Klin. 1936, N° 28, p. 946.
35. — FRANKL. — Klinische Wochenschrift N° 22, p. 775.
36. — JOLTRAIN. — Concours médical, 15/11/38.
37. — PFEIFFER. — Med. Klin. 1937, N° 44, p. 1.482.
38. — BOUSSERIE, LACROIX et HYPOUSTEGUY. — Société de médecine infantile de Bor-

deaux et du Sud-Ouest. Séance du
19/1/38.

39. — DOMAGK. — Klinische Wochenschrift. N° 41,
9/10/37, p. 1.412-21.

40. — The Indian medical gazette. Vol. LXXIII,
N° 5, mai 1938, p. 285-286.

41. — HUBER et FLORANEL. — Société de pédi-
atrie, 19 octobre 1937.

